

Aos vinte dias do mês de abril do ano dois mil e vinte e dois, no Auditório da SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Adélia Maria Carvalho de Melo Pinheiro, Secretária de Saúde do Estado da Bahia e Coordenadora da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Rivia Mary de Barros, Igor Lobão Ferraz Ribeiro, Jerusa Marins Paes Coelho, Décio Martins Mendes Filho, Raquel Ferraz da Costa, Jacklene Mirne Gonçalves Santos e dos suplentes, Maria Alcina Romero Boullosa, Rita de Cássia Silva Santos, 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 40 minutos, a **Coordenadora** cumprimentou a todos, dando-lhes boas-vindas e ressaltando a importância de trazerem as reuniões da CIB e do CES para este Auditório. A **Coordenadora Adjunta** cumprimentou e agradeceu a presença de todos, informando que teriam uma discussão excelente, com uma pauta extensa e relatou a homenagem do COSEMS à grande colega Eliene Batista, Secretária Municipal de Saúde de Laje, que há alguns dias ela tinha sido informada que a colega estava com um problema de saúde, inclusive tinha pedido ajuda a Alcina Romero, que prontamente atendeu, foi dada toda assistência necessária e agradeceu também a Ana Carla, mas infelizmente a missão de cada um dia chega ao fim e a de Eliane tinha chegado. Queria reiterar aqui essa homenagem a ela, ao povo de Laje e toda a região, relatando que nas chuvas de dezembro e janeiro a Secretária Eliene tinha sido uma guerreira, ajudando muito toda a região, e deveria ser lembrada como uma pessoa do bem e sempre contribuiu muito, que Deus desse forças aos familiares e cuidasse dos seus filhos e em seguida pediu uma salva de palmas para essa grande guerreira. Dando seguimento, a **Coordenadora** declarou **aberta a sessão** e passou a palavra para **Michele Martins**, que efetuou a leitura das **Resoluções ad referendum**:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
096/2022	18/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Sapeaçu.
097/2022	18/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para Execução de Cirurgias Eletivas do Município Pindobaçu.
098/2022	18/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Itiúba.
107/2022	19/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Vitória da Conquista.
115/2022	23/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Jacobina.
116/2022	23/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Santa Maria da Vitória.
117/2022	24/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Mucuri.
118/2022	24/03/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Porto Seguro.
120/2022	02/04/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Irecê.
122/2022	02/04/2022	Aprova ad referendum a operacionalização da cessão de crédito mensal, de forma automática e regular, relativa aos recursos financeiros da assistência de média e alta complexidade - MAC ambulatorial e hospitalar, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. <b>REVOGADA</b>
123/2022	08/04/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Serrinha.
124/2022	08/04/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município São Desidério.
125/2022	08/04/2022	Aprova ad referendum o Plano de Ação para a Execução de Cirurgias Eletivas do Município Camaçari.
126/2022	08/04/2022	Aprova ad referendum as alterações dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.
128/2022	09/04/2022	Aprova ad referendum a operacionalização da cessão de crédito mensal, de forma automática e regular, relativa aos recursos financeiros da assistência de média e alta complexidade – MAC ambulatorial e hospitalar, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS.
129/2022	13/04/2022	Aprova ad referendum o protocolo do remanejamento intraestadual de recursos do limite financeiro da média e alta complexidade (Teto MAC) sob gestão dos municípios e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).

Dando seguimento, **Michele Martins** submeteu aos membros a **ratificação das Resoluções Ad Referendum**, como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovadas à unanimidade**. Dando seguimento, **Michele Martins** 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	Jaguaquara
	01 ESF	Nova Soure
	01 ESF	Oliveira dos Brejinhos
	01 ESF	Serrinha
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Belmonte
	01 ESB Modalidade I	Ibipeba
	01 ESB Modalidade I	Itapitanga

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
2021  
22  
23  
24

	01 ESB Modalidade I	Jacaraci
	01 ESB Modalidade I	Oliveira dos Brejinhos
	01 ESB Modalidade I	Serrinha
	02 ESB Modalidade I	Conceição do Jacuípe
	02 ESB Modalidade I	Ponto Novo
	03 ESB Modalidade I	Itacaré
	04 ESB Modalidade I	Pedro Alexandre
	04 ESB Modalidade I	Uauá
ACS – Agente Comunitário de Saúde	10 ACS	Ibipeba
	15 ACS	Nova Soure

25 1.2 Ofício SMS nº 011/2022, referente à Emenda Parlamentar para reforma e ampliação de UBS no Município Santo Estevão.

26 1.3 Ofício CMS nº 006/2022, referente à Emenda Parlamentar para construção de Policlínica no Município Urandi. Michele  
27 Martins passou para a leitura dos expedientes encaminhados para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO**  
28 **INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/DAE: 1.1 Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Nova Canaã	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I	9643559	13.858.675/0001-18	CAPS I
Canápolis	Hospital Municipal Mãe Simoa	2602571	13.812.144/0001-94	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia

29 1.2 Aprovar o detalhamento técnico para a ampliação da frota do SAMU 192 Regional de Teixeira de Freitas,  
30 contemplando o Município de Vereda com uma Unidade de Suporte Básico de Vida-USB. 1.3 Aprovar a solicitação da  
31 prorrogação do prazo para início de funcionamento da ampliação de frota do município de Barrocas, pertencente ao  
32 SAMU 192 Regional de Serrinha, por mais 90 dias. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO  
33 À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1 Credenciamento/Habilitação: 2.1.1 Hospital Universitário Professor Edgard Santos  
34 (HUPES) - Solicitação de Autorização da reclassificação da habilitação de Unidade de Assistência de Alta  
35 Complexidade Cardiovascular para Centro de Referência de Alta Complexidade Cardiovascular, no Município Salvador  
36 - BA, sob gestão estadual:

GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES	15.180.714/0002-87	0003816	Salvador	08.02 - Centro de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

37 2.1.2 Hospital Santa Isabel - Solicitação de autorização da habilitação de Unidade de Assistência de  
38 Alta Complexidade Cardiovascular para Centro de Referência de Alta Complexidade Cardiovascular, no Município  
39 Salvador - BA, sob gestão municipal:

GESTÃO MUNICIPAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Hospital Santa Isabel	15.153.745/0002-49	0003832	Salvador	08.02 - Centro de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

40 2.1.3 Hospital Calixto Midlej Filho - Solicitação de autorização da habilitação Unidade de Assistência de Alta  
41 Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral no Município Itabuna - BA, sob gestão municipal:

GESTÃO MUNICIPAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Hospital Calixto Midlej Filho	14.349.740/0002-23	2772280	Itabuna	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral – código 23.01 e 23.04

42 Stela Souza perguntou sobre a diferença entre Centro de Referência e Unidade de Assistência, ambos de Alta Complexidade.  
43 Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB, esclareceu tratar-se de um cardápio mais específico, a Portaria  
44 210/2004 estabelece que é somente para centros e apenas o hospital de ensino pode ser centro, por isso essas  
45 particularidades. Como não tem impacto financeiro, o Ministério informa que é para fazer sem impacto, mas agora tem impacto,  
46 tanto que essa aprovação já havia sido feita anteriormente, a resolução tinha ido com impacto, o Ministério mandou retirar o  
47 anexo onde constava o impacto financeiro e agora estavam sabendo que o MS é que calculará o impacto. A Coordenadora  
48 submeteu a aprovação dos pontos encaminhados para **Homologação** aos membros e, como não houve nenhuma  
49 manifestação, foram **aprovados à unanimidade**. Em seguida passou para os pontos de **Apresentação: 1. AUDITORIA DO**  
50 **SUS/BA: 1.1 Apresentação do Curso Básico de Auditoria**. Como a pessoa responsável pela apresentação não estava  
51 presente no momento, a Coordenadora passou para o próximo ponto: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS**  
52 **HUMANOS DA SAÚDE – SUPERH/ESPBA: 2.1 Nova Portaria que institui a CODEMU - Ângelo Castro Lima,**  
53 **Coordenador de Residência da ESPBA** cumprimentou a todos, colocou a importância dessa pauta, por se referir a uma  
54 mudança de posição do atual Governo Federal em relação a uma Comissão que é importante e pode conferir alguma agilidade  
55 para as residências multiprofissionais. Entretanto, explicaria antes sobre a CORES - que faz parte do regimento atual da  
56 SESAB pois, diante de uma série de siglas, as pessoas geralmente se confundem. CORES, a Comissão de Residência em  
57 Saúde, é uma instância estadual, ligada à SUPERH - ele é o primeiro coordenador a assumir, historicamente, a partir de  
58 setembro de 2020 - e surgiu para regular, fiscalizar, supervisionar e principalmente apoiar administrativamente todas as  
59 residências em saúde, as médicas e as multiprofissionais. É um trabalho muito importante, porque não existe SUS sem  
60 residência, que é estruturante, e não existe a residência sem o SUS, são coisas siamesas que precisavam cuidar de forma  
61 adequada. Existem as instâncias federais, para residência médica existem as COREM - Comissões de Residência Médica de  
62 cada unidade hospitalar, as COREM são ligadas à CEREM – Comissão Estadual de Residência Médica, que é ligada à

63 Comissão Nacional de Residência Médica. Na residência multiprofissional existem a COREMU, que é de cada unidade, a  
 64 CEREMAPS, conforme Resolução CIB 2009, e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional – CNRMS, que passou  
 65 um tempo significativo sem funcionar, retornou há seis meses, mudando a CEREMAPS para CODEMU, que precisa ser  
 66 oficializada na CIB, a fim de dar seguimento aos processos administrativos. Iniciou a apresentação em slides, mostrando a  
 67 Resolução CIB nº 054/2009, que aprovou a criação da CEREMAPS – Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em  
 68 Área Profissional da Saúde, órgão colegiado e deliberativo, que tem por finalidade atuar na formulação, execução e controle  
 69 dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, e ele observou que a  
 70 Resolução CIB precisa ser revogada, caso aprovassem.

71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82

Plenária da Comissão Intergestores Bipartite  
CIB - Ba

Estado da Bahia SUS

Salvador, 20/04/2022

83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96

Breve Histórico CEREMAPS

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL - RESOLUÇÃO CIB Nº 054/2009

Art. 1º Aprovar a criação da Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde.

Parágrafo 1º A Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, órgão colegiado e deliberativo, tem por finalidade atuar na formulação, execução e controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde.

BAHIA SUS

83 Explicou que a CODEMU é uma instância auxiliar à CNRMS, por unidade da Federação, para assuntos relacionados a  
 84 residência multiprofissional e em área profissional da saúde e é praticamente uma mudança de legislação, uma acaba  
 85 substituindo a outra.

86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96

Breve Histórico CEREMAPS

Art. 2º São instâncias componentes da estrutura da Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde:

I - Pleno da Comissão  
 II - Coordenação-Geral;  
 III - Secretaria Executiva;  
 IV - Subcomissão de Avaliação, e  
 V - Plenária Consultiva, com a participação das Entidades da Sociedade Civil.

BAHIA SUS

97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116

Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência - CODEMUs.

Instância auxiliar à CNRMS, por unidade da Federação, para assuntos relacionados a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, de acordo com a legislação vigente.

BAHIA SUS

97 No slide seguinte, falou sobre a constituição da Plenária Organizativa das CODEMU, que já começaram arealizar, e a  
 98 CORES entra com esse processo de colaboração e auxílio para o funcionamento. Estavam propondo uma resolução  
 99 para estabelecer a composição, de acordo com as orientações do Governo Federal, e coloca, no Artigo 7º, que o  
 100 Plenário da Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência será composto por coordenadores de COREMU  
 101 das instituições que oferecerem programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, e um  
 102 representante dos residentes, em cada unidade da Federação. Observou que, como Escola, tem também a CODEMU,  
 103 mas existem CODEMU espalhadas em vários locais da Bahia. No Parágrafo Único da resolução, a proposta: o  
 104 representante dos residentes na CODEMU será indicado pela Associação Nacional de Pós-Graduandos, com mandato  
 105 de um ano, não sendo permitida a recondução.

106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116

A constituição da Plenária Organizativa, das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência - CODEMUs.

BAHIA SUS

117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129

RESOLUÇÃO CNRMS Nº 1, DE 3 DE MARÇO DE 2022

COMPOSIÇÃO  
Plenário

Art. 7º O Plenário da Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência será composto por Coordenadores das COREMUs das instituições que oferecem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e um representante dos residentes, em cada unidade da Federação.

Parágrafo único: o representante dos residentes na CODEMU será indicado pela Associação Nacional de Pós-Graduandos com mandato de 1 (um) ano, não sendo permitida a recondução.

BAHIA SUS

117 Nos slides seguintes, a composição da Diretoria Executiva da CREMU, nos Artigos 4º, 5º e 6º da Resolução CNRMS nº  
 118 1, de 3 de março de 2022, e suas competências:

119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129

RESOLUÇÃO CNRMS Nº 1, DE 3 DE MARÇO DE 2022

Diretoria Executiva

Art. 4º Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário, eleitos pelo Plenário.

Art. 5º Os candidatos deverão ser coordenadores de COREMU e/ou coordenadores de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde ou em Residência Multiprofissional.

Art. 6º Os membros serão eleitos pelo mandato de 2 anos, podendo ter uma recondução consecutiva para o mesmo cargo, sendo vedada a recondução entre cargos.

BAHIA SUS

119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129

RESOLUÇÃO CNRMS Nº 1, DE 3 DE MARÇO DE 2022

COMPETE À CODEMU

I - monitorar o andamento dos PRMS e PRAPS da unidade da Federação;  
 II - orientar, acompanhar e analisar os processos de credenciamento e reconhecimentos de instituições e autorizações, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas, aumento do número de vagas, inclusão e alteração de categoria profissional e remanejamento de vagas dos PRMS e PRAPS, sugerindo medidas que aprimorem o seu desempenho;  
 III - realizar estudos de demandas para cada área de concentração e categoria profissional de saúde;  
 IV - orientar as Instituições ofertantes quanto à política de vagas, por área de concentração, de acordo com a demanda.

BAHIA SUS

## RESOLUÇÃO CNRMS Nº 1, DE 3 DE MARÇO DE 2022

V - fazer a interlocução com os Sistemas de Saúde, Instituições Formadoras, Associações de Ensino, Conselhos Profissionais e CNRMS, em assuntos relativos à Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde;

VI - acompanhar e orientar as COREMUs na atualização de dados e dos programas, e na progressão e conclusão dos residentes em área da saúde no sistema eletrônico da CNRMS;

VII - analisar e emitir parecer sobre o processo de transferência de Residentes em área da saúde, encaminhado pela CODEMU de origem, e conforme a legislação vigente;

## RESOLUÇÃO CNRMS Nº 1, DE 3 DE MARÇO DE 2022

VIII - realizar diligência ou indicar comissão para apuração, in loco, em caso de denúncia, e elaborar os relatórios a serem encaminhados à reunião plenária da CNRMS;

X - propor à CNRMS a adoção de medida ao programa de residência, quando do não cumprimento das exigências ou diligências no prazo estabelecido, quando da vistoria do programa.

Nos slides que seguem, mostrou as competências do Presidente, Vice-Presidente e Secretário da CODEMU:

### Art. 9º COMPETE AO PRESIDENTE

I - representar a CODEMU junto às autoridades e à CNRMS;

II - elaborar a pauta, convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias do Plenário;

III - cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno e as Resoluções da CNRMS;

IV - encaminhar ao Plenário os assuntos que dependem de aprovação;

V - manter informada a Secretaria-Executiva da CNRMS sobre a situação dos PRMS e PRAPS ofertados pelas instituições de seu Estado.

### Art. 9º COMPETE AO PRESIDENTE

VI - responder às solicitações e correspondências enviadas à CODEMU;

VII - acompanhar os processos de credenciamento e reconhecimento de instituições e autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas, aumento do número de vagas, inclusão e alteração de categoria profissional e remanejamento de vagas dos PRMS e PRAPS, da Unidade de Federação sob responsabilidade da CODEMU;

VIII - atender, quando convocado, às solicitações de participação em plenárias da CNRMS.

### Art. 10º COMPETE AO VICE- PRESIDENTE

I - substituir o Presidente em suas ausências ou impedimentos;

II - elaborar, confeccionar e divulgar os anais dos eventos promovidos pela CODEMU e outras atribuições designadas pelo Plenário;

III - executar atividades inerentes à Diretoria Executiva, quando designado pelo Plenário.

### Art. 11º COMPETE AO SECRETÁRIO

I - secretariar e lavrar as atas das reuniões da Diretoria Executiva e do Plenário da CODEMU;

II - auxiliar o Presidente no desempenho de suas atribuições;

III - manter atualizado o banco de dados da CODEMU no sistema eletrônico da CNRMS.

Relatou que tinham começado essa organização porque a nível nacional tinham apenas sessenta dias, a partir da data da resolução, então, tinham trabalhado em paralelo, tentando criar a CODEMU, enquanto aguardavam a pauta na CIB. No slide seguinte mostrou a constituição da CODEMU pelo Plenário, construído por quatorze coordenadores das COREMUs das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde no Estado da Bahia, e o representante dos residentes, em reunião ocorrida no dia 31 de março de 2022, que escolheram, em votação aberta virtual, gravada, os membros da Diretoria Executiva/CODEMU- BA: Presidente, Vice-Presidente e Secretário. A eleição dos membros dessa Diretoria foi registrada documentalmente e será encaminhada ao MEC. Em reunião ocorrida no dia 14 de abril de 2022, o Regimento da CODEMU/Ba foi aprovado pela plenário. Após validação pela CNRMS, será publicada a lista dos membros da Diretoria Executiva das CODEMU/Ba e do representante dos residentes.

## CONSTITUIÇÃO DA CODEMU

O Plenário construído por 14 Coordenadores das COREMUs das instituições que oferecem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde no Estado da Bahia e o representante dos Residentes, em reunião ocorrida no dia 31 de março de 2022 escolheram, em votação aberta virtual, gravada, os Membros da Diretoria Executiva/CODEMU- BA, ficando com a seguinte configuração:

Presidente - COREMU/ESPBA/SESAB

Vice-Presidente - COREMU/UEFS

Secretário - COREMU/EBMSP

## CONSTITUINDO A CODEMU



A eleição dos membros dessa Diretoria foi documentalmente registrada e será encaminhada ao MEC;

Em reunião ocorrida no dia 14 de abril de 2022 o regimento da CODEMU/Ba foi aprovado pela plenário.

Após validação pela CNRMS, será publicada a listagem dos membros da Diretoria Executiva das CODEMU/Ba e do representante dos Residentes.

Finalizou, agradecendo a oportunidade e reiterando que o objetivo é colocar em discussão para a CODEMU ser estabelecida e instituída no estado da Bahia. A **Coordenadora** agradeceu, parabenizou por ele ter cumprido o tempo estabelecido e franqueou a palavra para quem quisesse se manifestar. **Stela Souza** lembrou que, com a CEREMAPS, havia um diálogo bipartite muito bom entre a Escola/SUPERH/SESAB e o COSEMS, que tinha decaído e agora a CODEMU está sendo trazida para ser apresentada, mas não tinha entendido por que não há mais a participação do COSEMS. **Ângelo Castro Lima** considerou pertinente o questionamento de Stela Souza, concordando que, quando a

192 CNRMS foi estabelecida, as representações foram modificadas drasticamente, o que causou muita controvérsia a nível  
 193 nacional. Em seguida solicitou a **Ieda Santos, Diretora da COREMU**, que é estudiosa desse assunto e grande  
 194 responsável por esse processo, que respondesse a essa pergunta e **Ieda Santos** esclareceu que a apresentação se  
 195 devia ao fato de que o estado da Bahia criou uma comissão estadual e, de certa forma, estava seguindo com a  
 196 comissão. E o Governo Federal, ao instituir a comissão descentralizada, cria um braço seu nos estados e, ao analisarem,  
 197 tinham se perguntado se existe conflito entre CEREMAPS e CODEMU, e visto que seria interessante apresentar à CIB  
 198 essa nova constituição, que tem relação com o Governo Federal, com o Ministério da Educação, e solicitarem à CIB que  
 199 refletisse sobre a existência da comissão estadual, pois que existe a participação bipartite e essa configuração que o  
 200 Governo Federal está apresentando. **Raul Molina, Secretário Municipal de Saúde de Muritiba e Membro da CIB**,  
 201 cumprimentou a todos, parabenizou a Secretária do Estado pelo novo Auditório da SESAB, considerando-o muito  
 202 importante para todos e observou que não poderiam revogar a resolução, porque a descentralização tem que ser feita  
 203 com a presença dos municípios e esse desmonte não se refere apenas a esse governo atual, e citou a Política de Saúde  
 204 Mental e a Rede Cegonha. Então registrava seu repúdio contra esse desmonte que está acontecendo inclusive com  
 205 residência, pois foi cortada a bolsa, tanto para os docentes como para os residentes, e não se incentivava mais isso.  
 206 Estavam retrocedendo cada vez mais em todas as conquistas alcançadas desde a reforma sanitária. Com relação à  
 207 pactuação, não sabia se os demais concordariam, mas que não revogassem a outra, porque o estado manteria a sua  
 208 identidade protagonista, como sempre foi, inclusive de políticas públicas, e estariam fazendo o que o SUS coloca  
 209 claramente em um dos seus pilares. A **Coordenadora** compreendeu que a apresentação é para dar conhecimento da  
 210 existência de uma nova legislação, que estabelece mais uma estrutura, dessa vez com um braço de presença da  
 211 instância federal nos estados, o que não existia, ressaltando que havia uma comissão estadual que todos faziam parte e  
 212 que não deixa de existir, sendo criada mais uma instância, que exclui as secretarias municipais, mas não tem  
 213 sobreposição de competências, provavelmente descobririam adiante a que objeto se destina. Entretanto, já pensando  
 214 nas estratégias que vêm sendo usadas, pela observação, a sua crença é que seja para desmontar algum ganho e  
 215 nenhuma ação estava sendo proposta à CIB, apenas o conhecimento dessa nova estrutura, que não conta com a  
 216 participação de secretários municipais de saúde. **Ângelo Castro Lima** reiterou que a CODEMU não substitui por completo a  
 217 CEREMAPS, mas será necessário fazer uma reorganização, na realidade desde 2009 não teve uma continuidade plena  
 218 e do ponto de vista institucional tinham que fazer o '*mea culpa*', para ter CEREMAPS é preciso ter COREMU bem  
 219 estruturadas e a COREMU do Estado também passou por um período difícil, mas felizmente nessa gestão isso já está  
 220 superado. Então, a partir daí, uma coisa não implica na revogação da outra, porque eventualmente ela coloca técnicos,  
 221 mas exclui a municipalidade e é uma forma de preservar e avançar, mas sem precisar darem um passo atrás. A  
 222 **Coordenadora** colocou como encaminhamento uma análise mais aprofundada das movimentações e, se houvesse  
 223 algum ato a ser formalizado, trazerem novamente à CIB, não mais como apresentação, mas como pactuação. Dando  
 224 seguimento, retornou ao **Ponto 1. AUDITORIA DO SUS/BA: 1.1 Apresentação do Curso Básico de Auditoria. Daniela**  
 225 **Castellucci, Diretora da Auditoria SUS-Bahia**, cumprimentou a todos, desculpando-se e justificando-se pelo atraso e  
 226 lembrando que havia sido apresentado antes da pandemia, quando houve o primeiro curso, uma ideia ministrada pela Auditoria  
 227 e por Stela Souza, pensando em um curso básico de auditoria para os municípios, para compreenderem a auditoria não  
 228 apenas como fiscalização, com possível punição, mas como orientação. E só conhecendo melhor esse propósito da Auditoria  
 229 para as pessoas se sentirem mais fortalecidas, inclusive para atentarem-se à legalidade e à melhor forma de tratar sua  
 230 gestão. Por isso este curso foi proposto, é bem interessante, com um conteúdo fácil de entender e a proposta é cada município  
 231 indicar um servidor para participar. A duração antes era de seis meses e a pandemia lhes havia trazido a possibilidade de  
 232 trabalharem da mesma maneira, sob a forma EAD, assim, agora o curso terá apenas três meses, com mais pessoas podendo  
 233 participar acontecendo no próprio município e evitando também o deslocamento. Relatou que na época foi proposto por Stela  
 234 Souza que contemplassem os municípios com menor número de habitantes, começando do menor para o maior e  
 235 incluírem os que são comando único, o que aconteceu na primeira turma e ela solicitou que também para essas duas  
 236 turmas fossem incluídos os últimos municípios com comandos únicos, desde 2020. E iniciou a apresentação: o objetivo do  
 237 curso; o público-alvo, observando que o ideal é não ser o gestor, mas alguém indicado por ele para participar e que pudesse  
 238 multiplicar isso com o restante da equipe; sua modalidade; e o número de vagas. Mostrou o critério de priorização, as  
 239 disciplinas e a equipe de docentes - auditores e professores. Informou que ainda não tem as datas precisas, porque  
 240 depende da ESPBA, mas já está sendo visto, a Escola encaminha o ofício ao gestor para selecionar o candidato,  
 241 lembrando o prazo. Alertou que, como a procura é muito grande, se não tiver indicação do gestor, município será  
 242 automaticamente substituído por outro. Em seguida apresentou o cronograma: junho, julho e agosto para a segunda  
 243 turma, e setembro, outubro e novembro para a terceira turma. E finalizou, com as relações de municípios com Comando  
 244 Único das Turmas 2 e 3.

<p style="text-align: center;"><b>CURSO BÁSICO EM AUDITORIA DO SUS</b></p> <p style="text-align: center;">Daniela Neves Castellucci Diretora da Auditoria SUS Bahia</p> <p style="text-align: center;">  </p>	<p><b>Objetivo</b></p> <p>Disseminar conhecimentos à gestão municipal quanto as boas práticas da Auditoria do SUS de forma a fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria.</p> <p><b>Público-alvo</b></p> <p>Servidores dos municípios de Comando Único que desenvolvam ações de Controle na Secretaria Municipal de Saúde;</p> <p><b>Modalidade</b></p> <p>Ensino a distância – EAD com aulas síncronas e assíncronas;</p> <p><b>Nº de vagas</b></p> <p>100 vagas distribuídas em 02 turmas, sendo 01 vaga por município</p> <p style="text-align: center;">  </p>
--	---

253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313

**Critério de Priorização**  
Municípios de Comando Único com as menores populações

**Disciplinas e Carga Horária**

Disciplina	Carga Horária
Políticas Públicas	16 horas
Auditoria no Sistema Único de Saúde	32 horas
Boas Práticas na Auditoria da Atenção Básica	16 horas
Boas Práticas na Auditoria da Assistência Hospitalar	32 horas
<b>Total</b>	<b>96 horas</b>

**Cronograma do Curso**

Disciplina	Data	
	Turma 02	Turma 03
Políticas Públicas	06/2022	09/2022
Auditoria no Sistema Único de Saúde	07/2022	10/2022
Boas Práticas na Auditoria da Atenção Básica	08/2022	11/2022
Boas Práticas na Auditoria da Assistência Hospitalar	08/2022	11/2022

**Turma 03 – Relação de Municípios**

COMANDO ÚNICO - Turma 03

IBGE	MUNICÍPIO	RESOLUÇÃO	POPULAÇÃO	IBGE	MUNICÍPIO	RESOLUÇÃO	POPULAÇÃO
292340	PALMAS DE MONTE ALTO	034/2021	21840	291490	ITACARÉ	075/2012	29051
290690	CARAVELAS	091/2019	22166	293300	VALENTE	061/2019	29111
292595	RAFAEL JAMBEIRO	025/2022	22643	290710	CARINHANHA	165/2017	29118
292110	MEDeiros NETO	246/2009	22741	292380	PARIPIRANGA	039/2022	29124
290820	CONCEIÇÃO DA FEIRA	074/2012	22933	291480	IRARA	141/2017	29305
293077	SOBRADINHO	013/2019	23274	292230	MURITIBA	463/2013	29420
290500	CACULÉ	165/2017	23407	290630	CANAVIEIRAS	140/2017	30722
291190	IAÇU	138/2012	23950	290290	BARRA DO CHOÇA	210/2009	30831
293200	UAUÁ	010/2019	23991	291465	ITABELA	177/2009	30901
291880	LAJE	210/2009	24214	290687	CAPIM GROSSO	163/2010	31055
290670	CÂNDIDO SALES	159/2019	24921	293015	SERRA DO RAMALHO	024/2020	31362
292480	PIRITIBA	009/2020	25162	290930	CORRENTINA	011/2019	32243
292580	QUEIMADAS	166/2017	25428	292370	PARATINGA	075/2021	32274
290730	CASTRO ALVES	179/2020	26369	290780	CÍCERO DANTAS	585/2013	32636
292500	PLANALTO	162/2019	26581	290850	CONCEIÇÃO DO JACUIPE	022/2012	33631
292820	SANTANA	012/2019	26792	291770	JAGUARARI	166/2017	33915
291320	BOTIRAMA	025/2012	27076	292890	SÃO DESIDÉRIO	165/2017	34764
292210	MUNDO NOVO	023/2020	27153	290680	CANSANÇÃO	023/2012	34929
291915	LAPÃO	038/2022	27323	290990	CURACÁ	016/2019	35065
292330	UBATÁ	111/2022	27481	292440	PILÃO ARCADEO	025/2021	35295
292590	QUIJINGUE	141/2017	27672	292170	MORRO DO CHAPEU	163/2010	35466
292770	SANTA CRUZ CABRALIA	177/2009	28058	292640	RIOCHÃO DE SANTANA	020/2022	35757
292550	PRADO	246/2009	28214	291700	ITUBERA	166/2017	36140
290590	CAMPO ALEGRE DE LOUR	029/2022	28839	291650	ITAPICURU	165/2017	36173
291730	TUBERA	006/2020	28870	290100	AMARGOSA	157/2009	37631

**Equipe de docentes**

Daniela Castellucci – Diretora da Auditoria SUS/BA  
Rose Katharine Couto – Diretora de Auditoria de Sistemas de Saúde  
Ana Paula Chancharulo de Moraes – Auditora em Saúde  
Denise Pestana de Castro – Auditora em Saúde  
Gustavo Almeida da Silva – Auditor em Saúde  
Tatiane Mota Lemos Araújo – Auditora em Saúde

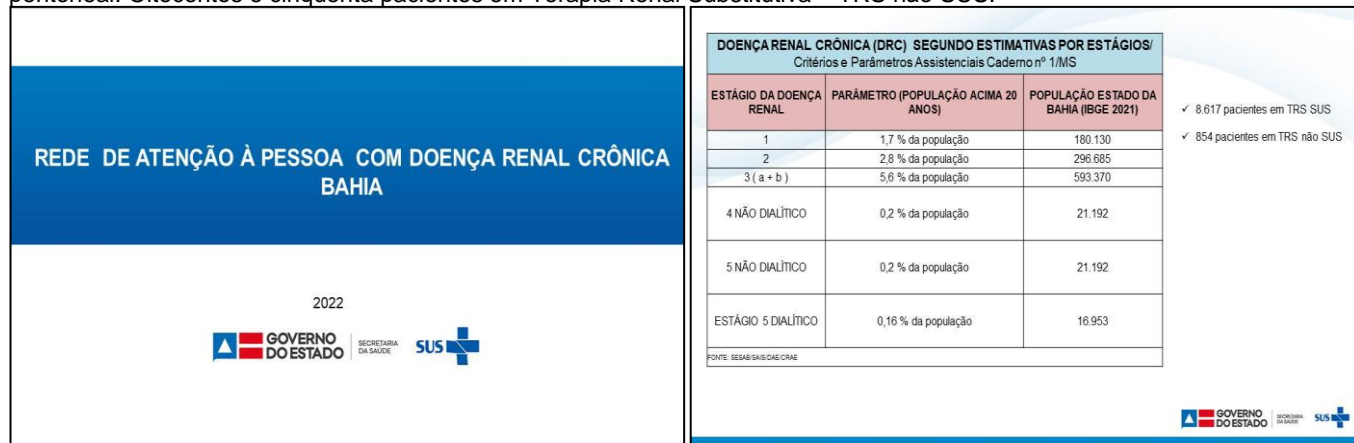
**Turma 02 – Relação de Municípios**

COMANDO ÚNICO - Turma 02

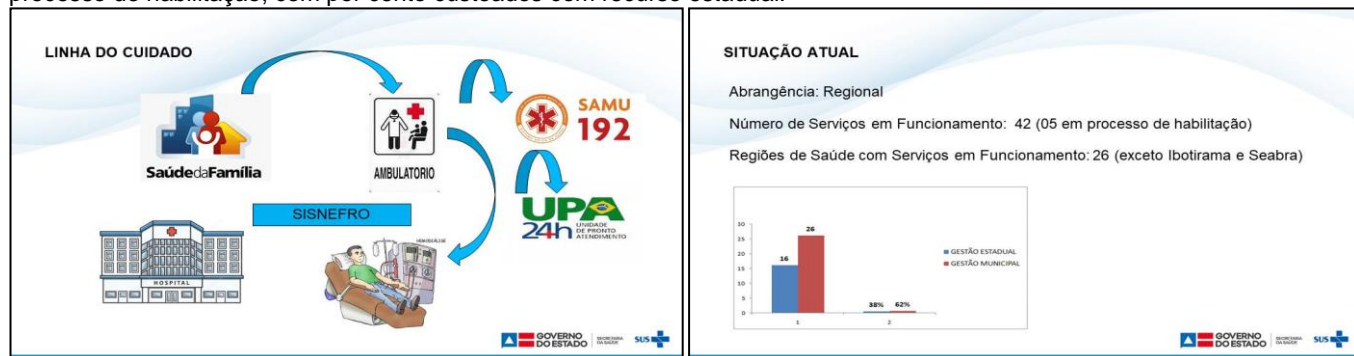
IBGE	MUNICÍPIO	RESOLUÇÃO	POPULAÇÃO	IBGE	MUNICÍPIO	RESOLUÇÃO	POPULAÇÃO
291995	MAATINGA	158/2019	2388	292610	RETROLÂNDIA	163/2019	14588
290480	CAATIBA	023/2022	6232	291685	ITATIM	167/2015	14588
291735	LABORANDI	037/2022	8176	292650	RIBERA DO AMPARO	041/2022	14631
292145	MIRANTE	186/2019	8264	290920	CORONEL JOÃO SÁ	031/2022	15549
291670	ITAQUARA	024/2022	8375	291040	ENCRUZILHADA	138/2019	15914
291200	BASSUCÉ	166/2017	8849	293180	TREMEDAL	143/2019	15996
292895	SÃO DOMINGOS	178/2019	9095	292450	PIRACI	026/2022	16300
290700	CARDEAL DA SILVA	034/2022	9395	290682	CANUDOS	137/2019	16832
293076	SÍTIO DO QUINTO	018/2022	9431	292020	MALHADA	027/2022	16975
290420	BOTUPORÃ	210/2019	10050	290350	BELO CAMPO	060/2007	17013
290050	ERICO CARDOSO	005/2020	10513	290870	CONDÉJUBA	136/2019	17113
290440	BREJOLÂNDIA	009/2019	10675	290035	ADUSTINA	110/2022	17209
290450	BROTAS DE MACAÛBAS	161/2019	10705	293030	SERRA DOURADA	026/2021	17261
292130	MILAGRES	028/2022	10838	292970	SÁTIRO DIAS	178/2009	17330
291733	JUÁ	008/2020	11038	290790	ÓFÓ	165/2019	17402
290220	ARAMARÍ	137/2012	11519	291075	FÁTIMA	032/2022	17801
291930	LEIÇÕES	140/2019	11586	290045	CABACERAS DO PARAGUAI	109/2022	18010
292690	RIO DO PRES	018/2022	11672	291720	ITUAÇU	210/2019	18095
292570	PRESIDENTE JÂNIO QUADROS	145/2010	12028	293100	TANHAÇU	036/2022	20383
292165	MATIA	035/2022	12359	293350	WENCESLAU GUMARÃES	007/2020	20862
293090	ITABOAS DO BREJO VELHO	030/2022	12515	292750	SANTA BÁRBARA	010/2020	20971
291195	HELÓPOLIS	040/2022	12846	291210	IBICARAÍ	148/2007	21083
290140	ANGICAL	022/2022	13902	290960	CRISÓPOLIS	116/2009	21219
290680	CANDIBA	021/2022	14415	290120	AIANGÉ	064/2019	21229
290400	BOMMIAL	033/2022	14518	292360	PARAMIRIM	157/2009	21777

**Stela Souza** colocou que, conforme solicitado, foi acatada a inclusão dos mais recentes municípios com Comando Único, porque, como o critério é populacional, os municípios com menor população ocuparam as cem vagas, assim, tinha solicitado que a partir de 2021 os recentes municípios com Comando Único entrassem logo na primeira chamada, independentemente da população, ressaltando que essa foi a única alteração solicitada nesse processo. E agradeceu o pronto atendimento ao apelo do COSEMS, que visa a capacitação, qualificação e orientação dos gestores, e mostrar que a Auditoria não é punitiva, mas educativa. Então, quando se capacita os profissionais dos municípios, todos os gestores são ajudados, para os recursos do SUS poderem ser de fato bem trabalhados e organizados. Dando seguimento, a **Coordenadora** passou para o próximo ponto de **Apresentação: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 3.1 Situação da assistência de Alta Complexidade às pessoas com Doença Renal Crônica. Alcina Romero** esclareceu tratar-se de uma pauta solicitada pelo COSEMS na última reunião do Grupo Condutor, que por achar extremamente pertinente sugeriu trazer periodicamente para esta CIB a situação das Redes de Alta Complexidade, dos serviços habilitados e não habilitados, e lembrar os fluxos para solicitação. Então, começaria com a Rede de Nefrologia e talvez nas próximas reuniões trouxessem as demais. Chamou atenção para a Rede de Saúde Ocular, já abordada por vários secretários e é preciso voltarem a discutir sobre o glaucoma e demais questões de saúde ocular. Iniciou a apresentação dos slides, dizendo que toda as redes são pensadas com base na necessidade, que normalmente é dada por parâmetros de estudos realizados, de portarias ministeriais e de notas técnicas. A Bahia, por meio da Diretoria Especializada e Coordenação de Redes, trabalha na análise de solicitações de inclusão de novos serviços nessa rede, sempre pensando na necessidade, observando o que existe e qual o parâmetro de doença renal crônica esperado no estado da Bahia. Relatou que a doença renal crônica tem vários estágios, do 1 ao 5 - dialítico, tem uma linha do cuidado muito bem parametrizada pelo Ministério da Saúde, com todos os parâmetros de função renal e outros para classificar o usuário e o estágio da doença renal em que se encontra. Nessa Linha do Cuidado (LC), nos estágios 1, 2 e 3 se vê a estimativa de prevalência dessa doença em uma dada população, e são estes os estágios para acompanhamento da atenção primária. O estágio 4 é esperado para 0,2% da

população e o estágio 5, já nas unidades de média complexidade, ou seja, não dialítico - ambulatoriais, e dialítico - unidades de alta complexidade. Complementou que esta LC está completamente normatizada e parametrizada e não é difícil fazerem a análise de novas solicitações. Pensavam em qual a capacidade instalada e precisavam pensar sobre a escala, toda a alta complexidade necessita buscar escala, porque precisa ser sustentável, ela tinha conversado com a Secretária Estadual de Saúde sobre a escala. É um princípio do SUS que não podem perder e ainda mais na alta complexidade, porque senão fica exposto o não serviço, inviável financeiramente, isso causa um prejuízo imenso e um transtorno muito grande, às vezes até uma desassistência mesmo, por isso que é bom terem muita atenção. A Bahia tem hoje oito mil, seiscentos e dezessete pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal, noventa por cento em hemodiálise e ainda tem muitos problemas com a diálise peritoneal. Oitocentos e cinquenta pacientes em Terapia Renal Substitutiva – TRS não SUS.

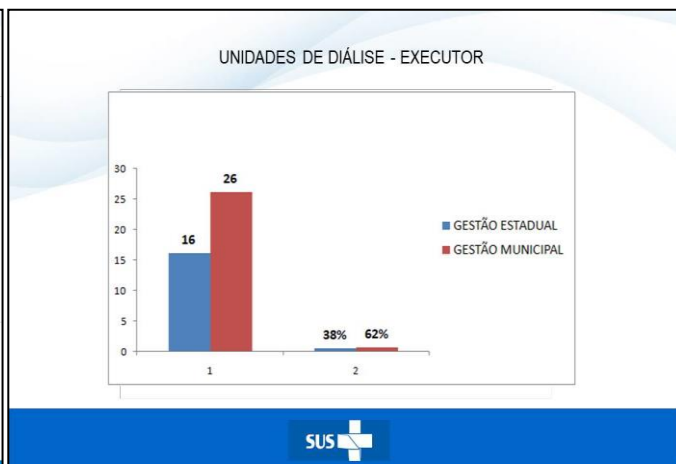


Dando seguimento, apontou o desenho básico da Linha do Cuidado, começando na Saúde da Família, que vai ver sobretudo o risco para a doença renal crônica, com muita atenção ao diabético e principalmente ao hipertenso. Os estágios 1, 2 e 3 continuam sendo acompanhados na saúde da família e quando o paciente entra no parâmetro estabelecido pelo protocolo de diretrizes terapêuticas ele atinge o estágio 3 e deve passar a ser atendido na policlínica, pelo especialista em nefrologia. A partir daí, no estágio 5, já é um paciente dialítico, para unidade de alta complexidade. Tinham colocado o SAMU e a UPA, que são dois componentes da rede de urgência, mas que têm muita interface com a Rede de Atenção à Doença Renal Crônica e o hospital, e darão a assistência ao paciente nas intercorrências e até nas suas agudizações. Chamava atenção para o SINESFRO, um sistema desenvolvido com a Secretaria de Saúde do estado, operacionalizado pela Diretoria de Regulação, por meio da Comissão Estadual de Nefrologia e a parceria com o COSEMS e todos os secretários municipais. Todos os hospitais da Bahia e todos os serviços de terapia renal substitutiva têm acesso ao SINESFRO, por onde é feita toda a regulação ambulatorial. Acrescentou que boa parte dos pacientes renais crônicos ainda estão em casa e o objetivo é não deixarem esse paciente agudizar, a ponto de dar entrada no sistema pela porta da urgência, mas que ele já fosse preparado no ambulatório e regulado para entrar na alta complexidade. Falou da situação atual dessa rede, hoje trabalhando o plano do PDR, ou seja, a abrangência regional é a única alta complexidade que eles não alargavam para uma abrangência macrorregional. Então, a ideia é de pelo menos cada região de saúde do estado da Bahia tenha seu serviço de referência em terapia renal constitutiva. Hoje tem quarenta e dois serviços em funcionamento, sejam em unidades hospitalares ou, a grande maioria, chamados de unidade satélites, simplesmente unidades ambulatoriais. Disse que 5 ainda estão em processo de habilitação, não é fácil habilitar o serviço de hemodiálise e hoje ainda tem o Hospital Alaide Costa - o Instituto de Nefrologia Alaide Costa, os últimos quatro serviços de Santo Amaro, Santo Estevão, Bom Jesus da Lapa, Cruz das Almas, ainda em processo de habilitação, cem por cento custeados com recurso estadual.



Sobre a gestão, dos quarenta e dois serviços, vinte e seis são sob gestão municipal e dezesseis sob gestão estadual, diferença essa que já foi muito maior, hoje o que se vê é uma dificuldade muito grande dos municípios em fazerem a gestão das suas unidades, o que vem acarretando a necessidade de o estado apoiar cada vez mais, o ideal seria que todos estivessem em gestão municipal, mas hoje a diferença já é muito pequena. Todas as regiões de saúde já dispõem de pelo menos um serviço, exceto Ibotirama e Seabra, a referência de Seabra hoje é a Clínica de Itaberaba, e a de Ibotirama é a Clínica de Barreiras, sendo que parte dos atendimentos destes municípios já estão em Bom Jesus da Lapa, devido à proximidade. Destacou o mapa com as quarentas unidades, incluindo as cinco ainda não habilitadas, já tem em todas as macrorregiões, exceto Seabra e Ibotirama, onde não tem serviço.

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  
442  
443  
444  
445  
446



Colocou que a abrangência do serviço é regional, mas já tem algumas regiões de saúde com mais de um serviço, nesse momento é importante ter a abrangência muito bem definida. Deu o exemplo de Feira de Santana, com dois serviços para toda a região, exceto aquele em que estão já vinculados à unidade de Santo Estevão, município pertencente à região de Feira de Santana, que tem como abrangência os Municípios Santo Estevão, Serra Preta, Rafael Jambeiro, Antônio Cardoso, Ipecaetá, que pactuaram na Comissão Intergestores Regionais – CIR. Entretanto, por enquanto Serra Preta ainda continua com Feira de Santana e alega que tem dificuldade de estrada para chegar a Santo Estevão. Ainda na centro-leste, Serrinha tem uma unidade e todos os municípios da região de Serrinha estão abrangidos em duas unidades, uma em Serrinha e outra em Euclides da Cunha. Euclides da Cunha com a abrangência de Euclides da Cunha, Cansanção, Monte Santo, Quijingue, Nordestina, Tucano e Queimadas, e os demais municípios estão vinculados à Clínica de Serrinha. Itaberaba tem a sua clínica para toda a região de saúde de Itaberaba e a região de Seabra e se perguntavam se é suficiente. Às vezes tem uma certa dificuldade, a regulação é feita pelo SISNEFRO, pela Comissão de Nefrologia, que tenta já ir colocando em um serviço mais próximo e isso não é estanque, não é fechado e não pode ser, não se pode imaginar que tem cinco vagas em Ilhéus, Itabuna e naquele momento o serviço estar cheio e deixarem o paciente sem acesso. A terapia renal substitutiva, que é fundamental para manter o paciente vivo, é feito para dar uma organização, não é estanque nem fechado, e nem pode ser. Irecê tem um serviço, Jacobina também um serviço. Na região de saúde de Salvador tem três municípios com serviços, Salvador, Lauro de Freitas com um serviço - que abrange Lauro de Freitas e São Francisco do Conde e Santo Amaro, abrangendo Santo Amaro, Saubara, São Sebastião do Passé, Madre de Deus e Candeias.

**ABRANGÊNCIA DOS SERVIÇOS**

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	Nº SERVIÇOS	ABRANGÊNCIA	
CENTRO LESTE	Feira de Santana	Feira de Santana	2	RG Saúde, Santo Estevão, Serra Preta, Rafael Jambeiro, Antonio Cardoso, Ipecaetá	
		Serrinha	RS Serrinha	Euclides da Cunha, Cansanção, Monte Santo, Quijingue, Nordestina, Tucano, Queimadas	
			Euclides da Cunha	1	RS Itaberaba e RS Seabra
		CENTRO NORTE	Itaberaba	1	RS Irecê
			Irecê	1	RS Irecê
	Jacobina		1	RS Jacobina	

**ABRANGÊNCIA DE SERVIÇOS**

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	Nº SERVIÇOS	ABRANGÊNCIA
LESTE	CRUZ DAS ALMAS	CRUZ DAS ALMAS	1	RS Cruz das Almas
		CAMAÇARI	1	RS Camaçari
		STO ANTONIO JESUS	1	Sto Antonio de Jesus
	SALVADOR	Salvador	11	RS Salvador
		Lauro de Freitas	1	Lauro de Freitas, Conde, Santo Amaro, Saubara, São Sebastião, Madre de Deus, Candeias, São Francisco Conde
		Santo Amaro	1	RS Porto Seguro
		Porto Seguro	1	RS Porto Seguro
	EXTREMO SUL	PORTO SEGURO	1	RS Porto Seguro
		TEIXEIRA DE FREITAS	1	RS Teixeira de Freitas

Na macrorregião Extremo Sul, Porto Seguro e Teixeira de Freitas, cada um com um com um serviço. Na macrorregião Nordeste, Alagonhas e Ribeira do Pombal, cada um com seus serviços, com abrangência para a região como todo. Na macrorregião Sul, Jequié e Ilhéus, Itabuna e Valença, cada um com o serviço nos municípios sedes. Na macrorregião Sudoeste, Brumado, Itapetinga e Guanambi, cada um com um serviço e Vitória da Conquista com dois. Ponderou que, com este painel da doença renal crônica, a Bahia é hoje um dos poucos estados do Brasil com uma certa tranquilidade, já teve gargalos muito grandes há cerca de quatro anos, mas hoje avançou bastante, ampliando muito, e comentou que o estado fazer a gestão é muito importante, porque aporta, além da alta complexidade - que é um FAEC - todos os exames de média complexidade, fisioterapia, toda parte laboratorial de média, isso dá tranquilidade e segurança na condução do tratamento. Hoje ainda tem dois serviços, além de Seabra, a clínica já está pronta, Ibotirama já tem um parecer favorável, mas vai demorar, pois a clínica ainda não começou a ser construída. E tem uma solicitação de Remanso que, nesse caso, tendo o parecer favorável, ficará para abrangência de Juazeiro, Casa Nova, Sento Sé, Pilão Arcado e Campo Alegre de Lurdes. E tem mais uma cínica sendo construída, lhe parecia que em Salvador, com solicitação. Disse que tem uma clínica de Salvador saindo a emergência, com um trabalho da Comissão de Nefrologia para relocar, tirando daqui e colocando ali e a rede tem dado uma resposta muito boa. Comentou que tinham conversado muito com os outros estados, que ficaram impressionados como a Bahia conseguiu equacionar a questão da doença renal crônica. Agora precisavam melhorar muito o acesso na parte ambulatorial, para acompanhar o paciente o mais cedo possível, prepará-lo, fazer o acesso vascular, evitando que dê entrada muitas vezes no



447 serviço de urgência, porque isso já deixa pior seu prognóstico. A **Secretária Adélia** agradeceu a Alcina Romero e comentou  
448 que a apresentação é uma provocação que leva à reflexão da prevalência de terapia renal substitutiva no estado, e fazendo as  
449 contas bem rapidamente, em números redondos de sessenta mil por cem mil habitantes, em razão da informação de nove mil  
450 pacientes em terapia, não é nada exato, uma população de quinze milhões, que não é para base de discussão e, fazendo a  
451 pesquisa rápida, encontra uma referência em outros estados do Brasil, a prevalência de cinquenta por cem mil. Portanto a  
452 prevalência em terapia renal substitutiva na Bahia pode estar equivocada e não podia deixar de mencionar uma causa  
453 importante de terapia renal substitutiva, a diabetes mellitus, obviamente os secretários municipais de saúde estão no plenário,  
454 não podendo deixar de mencionar o papel da atenção básica para evitarem isso. Por outro lado, as estatísticas de amputação  
455 chegam mais ou menos no mesmo lugar, a Bahia está na média e alta complexidade dando conta da alta demanda de  
456 amputações, em razão de grande onda de diabetes mellitus remanejados de forma inadequada. Então não é diferente, deve  
457 dizer que nove mil e se considerassem uma população de quinze milhões, talvez não parecesse muita coisa, talvez nenhum  
458 dos que estão presentes na sala tivesse vivência de um paciente em diálise peritoneal ou hemodiálise na família. Relatou que  
459 ela mesma tivera esse caso na família, os preparativos da diálise peritoneal foram divididos entre ela e ele durante dois anos,  
460 ele fazia uma parte das trocas diárias e ela fazia outras, ele perdeu o peritônio em razão de infecção fúngica, passou da diálise  
461 para hemodiálise e permaneceu por quatro anos, teve uma complicação e faleceu. E comentou que não é fácil ver uma pessoa  
462 próxima e querida nessa situação, como não foi fácil para ele nem para quem acompanha, não é fácil para o paciente e mais  
463 uma vez trazia a reflexão para os secretários municipais de saúde sobre o quanto precisam caminhar para não terem a terapia  
464 renal substitutiva em volume tão grande de pacientes, e é o papel da SESAB terem as pessoas que convivem com diabetes  
465 com maior qualidade de vida. Não sabia dizer se Alcina Romero tem dados mais razoáveis da prevalência e **Alcina Romero**  
466 respondeu que o protocolo clínico de terapêuticas e os cadernos de parâmetros do Ministério trazem a prevalência de 0,2 por  
467 cento da população. Continuando, a Secretária comentou que, se fossem pensar pela prevalência, já teriam quinze mil  
468 pacientes com doença renal crônica, tem oito mil em hemodiálise e esses pacientes vêm de Juazeiro, que é uma clínica bem  
469 grande e Juazeiro atende também à Rede Peba, os pacientes não são todos do estado da Bahia, são também da região do  
470 Vale Médio de São Francisco, da região de saúde de Pernambuco, mas Alcina Romero fez questão de trazer a linha do  
471 cuidado, porque a doença renal crônica não pode se resumir à clínica de hemodiálise, parecendo que estão começando do  
472 telhado e não pode, tem que começar do piso, do chão, e o manejo do paciente e principalmente do paciente diabético a isso  
473 se chama cuidado da atenção primária à saúde, e isso é fundamental, precisam implantar as linhas de cuidado do diabetes e  
474 da hipertensão das redes regionais de atenção. Após a apresentação, a **Coordenadora** colocou em discussão e **Raul Molina**  
475 reafirmou o que Stela Souza lhe sinalizara que, depois do SISNEFRO, a Bahia vive outra história e já estava pensando no  
476 SISONCO, outra coisa que lhe preocupava muito, porque já estão com novos serviços - é um trabalho imenso e ficavam muito  
477 preocupados, porque tem pacientes que estão a 20 km de Cruz das Almas, mas preferem percorrer 150 km para Salvador e  
478 não tem como convencerem, nem ao paciente e nem a família. **Stela Souza** lembrou que o SISNEFRO foi implantado em um  
479 momento de crise violenta, quando estavam com vários leitos e os hospitais ocupados com pacientes para fazerem  
480 hemodiálise e não tinha clínica. E tinham feito uma organização e agradeciam às equipes que têm trabalhado realmente, o  
481 número está alto, pois já era alto, não identificavam porque está sem assistência, por isso iam a óbito. Então hoje o paciente  
482 entra em tratamento, é uma qualidade de vida que sabiam que não é boa, mas é a melhor possível para o estágio da doença  
483 em que se encontra. E relembrou a Alcina Romero a regionalização, quando se fala de acesso, sabia que sai de Muritiba para  
484 Salvador, é uma escolha do paciente, e são exceções, não podendo se transformar em regra. Se o profissional trabalhava na  
485 clínica A e saiu da clínica e montou a clínica B, querendo levar seus pacientes que estão na região para aquele outro ministrante,  
486 porque ele é o médico e já foi fidelizado com o paciente, achava que os prestadores e a equipe precisam também ser  
487 chamados para uma conversa para pararem com isso, porque, como todos sabem, ela é verdadeira e fala, pois é seu papel,  
488 representando os municípios, vinha recebendo dos municípios e não deixaria de repassar, lembrando a Nanci Sales que  
489 constasse em Ata e isto não devia acontecer, não é assim que montariam a linha de cuidado com os pacientes, tinham que ter  
490 a parceria dos gestores, pacientes, dos profissionais e principalmente dos prestadores. **Alcina Romero** pediu muito a atenção  
491 dos secretários municipais, porque só se pode aprovar alta complexidade se houver parâmetro e outras coisas, mas não  
492 podem fazer sem a aprovação da CIR e aprovam. Então às vezes pensava que o secretário não fez a reflexão e isso querendo  
493 dizer que teria que mudar o percurso para todos os seus pacientes e modificar seu trajeto, que a estrada é boa, vai diminuir ou  
494 aumentar realmente. Então é preciso fazerem uma reflexão, antes de simplesmente aprovarem. O cuidado e o enfrentamento  
495 que a área técnica tem não é fácil, fica entre explicar ao prestador que não é na mesma hora que ele conseguirá ocupar  
496 cinquenta ou trinta máquinas, que ele precisa de um tempo, porque o secretário municipal precisa se estruturar e o paciente  
497 precisa se acostumar, muitas vezes o paciente é muito ligado à máquina, ao médico ou até à técnica de enfermagem que ajuda  
498 no seu cuidado e não quer se afastar da pessoa. Então tem um componente social e psicológico que é preciso pensar e a  
499 sustentabilidade no momento em que se abre serviço, não adiantando abrir uma clínica e retirar metade dos pacientes, ficando  
500 uma com uma metade e outra com outra metade e nenhuma das duas clínicas se sustentam e fecham as duas, e o estado  
501 tendo que resolver, como já aconteceu, com a clínica justificando ter entrado em falência, não querendo mais trabalhar com o  
502 SUS e no fim das contas o estado é que tem que resolver a vida do usuário ou do município. **Décio Martins, Secretário**  
503 **Municipal de Salvador em exercício**, cumprimentou a todos, referindo que, nesse caso específico, vinha observando que  
504 algumas clínicas de hemodiálise estão sendo vendidas para grupos privados e estão perdendo o interesse de prestar serviço  
505 ao SUS. Então estavam tendo que se reinventar, por exemplo, em Senhor do Bonfim tem uma clínica que está ampliando os  
506 serviços para suprir a demanda do IMEG e eles tinham notificado, informando que o contato só sairia quando todos os  
507 pacientes que são atendidos fossem previamente redistribuídos na rede. A hemodiálise é muito importante, é um tratamento  
508 ininterrupto, então essa seria a sua notificação e inclusive tinha ficado combinado com o Ministério Público nesse sentido. A  
509 **Coordenadora** agradeceu a Alcina Romero, comentando que ela trouxe boas reflexões e permanecendo com as  
510 provocações que foram feitas em relação à regionalização dos serviços e talvez com um amadurecimento e consolidação  
511 maior, como a medida ser trazida aqui na apresentação, mas com pactuação possível. E passou ao Ponto 4.  
512 **SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 4.1 Cenário Epidemiológico da**  
513 **Doença de Chagas, em alusão ao Dia Mundial de Combate à Doença (14 de abril). Sandra de Purificação**

(SUVISA/DIVEP), cumprimentou a todos, saudando a mesa em nome da Secretária Adélia, e a todos, pensando nesse momento a ser comemorado em 14 de abril, o dia mundial de combate à Doença de Chagas, traziam um breve cenário epidemiológico da Doença de Chagas no estado. É um agravo que hoje em dia torna-se negligenciado, vindo a pergunta do porquê ser negligenciado, é um agravo que passa despercebido, talvez por não ter ainda uma visibilidade na rede de atenção à saúde, este agravo quando a pessoa procura o serviço de saúde e não tem a oportunidade, talvez, de ter seu diagnóstico de forma oportuna, bem como o tratamento. Então, trazendo como reflexo o ano e dois mil e quinze, no Brasil a Doença de Chagas representou 80% dos óbitos de doenças tropicais negligenciadas ocorridas no país, a Doença de Chagas é hoje um agravo que muitas pessoas ainda adoecem, apesar de não terem essa visibilidade, pois elas têm a forma crônica, muitas pessoas são assintomáticas e muitas ainda morrem por esse agravo. Na Bahia tem mais de seiscentas pessoas por ano com Doença de Chagas como causa de óbito, número que é bem significativo.


## O Cenário Epidemiológico da Doença de Chagas na Bahia: Desafios e Estratégias

Abril de 2022


### Doença de Chagas

POR QUE NEGLIGENCIADA?

No Brasil, somente no ano 2015, a DC representou 80% dos óbitos de DTN ocorridos no país (BRASIL, 2018).

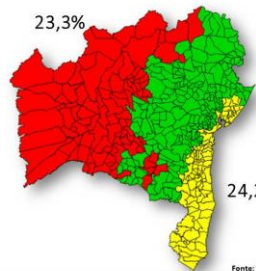


Relatou que a Organização Mundial de Saúde estima aproximadamente de seis a sete milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, a maioria na América Latina. No Brasil estima-se que cerca de 1,9 a 4,6 milhões de pessoas estejam infectadas por *Tripanozoma Cruzi*, o que corresponde a aproximadamente 1,0 a 2,4% da população, ainda existem as espécies de transmissão vetorial no estado. Para a Bahia a estimativa é que existam entre cento e quarenta e nove mil, oitocentos e cinquenta e dois, e perto de trezentas e sessenta mil pessoas portadoras da Doença de Chagas. Nos últimos anos a ocorrência da Doença de Chagas aguda tem sido observada em diferentes estados e em especial na região Amazônica legal, onde tem ocorrência. Quando avaliam o estado frente à classificação de estratificação que é adotada pelo Ministério da Saúde, hoje cento e um municípios são classificados como de baixo risco para a Doença de Chagas, duzentos e dezenove municípios, de médio risco e noventa e sete municípios de alto risco. De médio risco hoje tem uma concentração maior nas regiões sudoeste e oeste, principalmente Guanambi, Caetité, Boquira, Itaberaba têm hoje maior presença vetorial e de ocorrências de casos, quando são identificados. Por isso se faz necessária uma vigilância ativa e passiva, de forma oportuna nos nossos territórios.



- ✓ A OMS estima em aproximadamente 6 a 7 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo, a maioria na América Latina;
- ✓ No Brasil, estima-se que cerca 1,9 a 4,6 milhões de pessoas estejam infectadas por *T. cruzi*, o que corresponde a aproximadamente de 1,0 a 2,4% da população. Atualmente predominam os casos crônicos da infecção por via vetorial, com aproximadamente 3 milhões de indivíduos infectados, gerando impactos sociais, previdenciários e assistenciais.
- ✓ Para a Bahia, essa estimativa é que existam entre 149.852 e 359.646 pessoas portadoras da doença de Chagas.
- ✓ Nos últimos anos, a ocorrência de doença de Chagas aguda (DCA) tem sido observada em diferentes estados, em especial na região da Amazônia Legal.

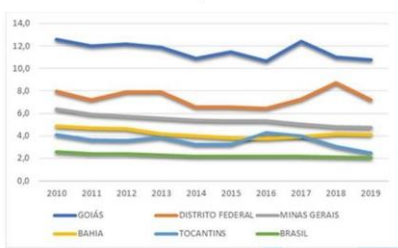
### Grau de Risco Transmissão Vetorial DC Bahia



- Baixo risco: 101 municípios (24,2%)
- Médio risco: 219 municípios (52,5%)
- Alto risco: 97 municípios (23,3%)

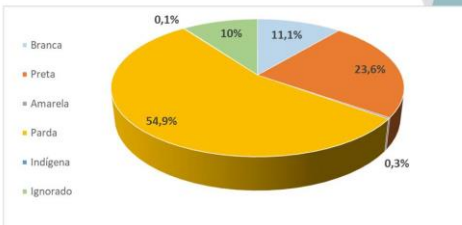
Fonte: PCDC/DIVEP/SUVISA/SESAB, 2006.

### Unidades federadas com maiores taxa de mortalidade por DC no Brasil, 2010 a 2019



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, dados acessados em 25/11/2020. IBGE - Estimativas de população, dados acessados em 08/07/2020.

### Proporção de óbitos por DC, segundo raça cor, Bahia, 2010 a 2019



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, dados atualizados em 28/01/2021.

Comentou que a palavra para a Doença de Chagas é 'suspeição', então, quando citam essa questão, a importância que tem é para que, quando uma pessoa chega ao serviço de saúde e apresenta alguma sintomatologia compatível para o agravo, tenha todo o encaminhamento para poder ter o diagnóstico e o tratamento de forma oportuna, porque só conseguem evitar de alguma forma que a pessoa evolua para formas graves da doença e evite o óbito, se oportunizarem para essa pessoa o diagnóstico e o tratamento de forma oportuna, pois hoje dispõem do tratamento e diagnóstico. Então, no momento que tem a suspeição, falta o profissional de saúde solicitar os exames necessários, lógico que existem outros agravos com sintomatologias compatíveis e daí vem a importância de realizar os diagnósticos diferenciais para

581 poderem de alguma forma terem essa oportunidade, tanto no diagnóstico como no tratamento, quando é identificado o  
 582 indivíduo por Doença de Chagas em uma família. Dessa forma é importante realizar também a investigação  
 583 epidemiológica da família, que tem que ter as mesmas oportunidades para a identificação do agravo, caso tiverem de  
 584 fato a identificação de um caso confirmado. Gestantes com a doença precisam ser tratadas após a fase de  
 585 amamentação, não se recomenda fazer o tratamento no momento da gestação e durante a amamentação, pois a doença  
 586 não tem somente transmissão vetorial e oral, pode ter também a transmissão vertical, por isso a importância que também  
 587 nos pré-natais as gestantes tenham a solicitação do diagnóstico, para ela poder, em um momento da gestação, ter o  
 588 acompanhamento necessário e o acompanhamento da criança ao nascer, porque hoje, até os cinco anos de idade, a  
 589 criança de uma mãe portadora da Doença de Chagas tem uma grande possibilidade - em torno de 90 a 95% - de ser  
 590 curada quando identificada e tratada. O desafio do diagnóstico para a Doença de Chagas é justamente o acolhimento, a  
 591 suspeição por parte das equipes de saúde, então que essas unidades e municípios possam ter um fluxo de atendimento  
 592 formado e institucionalizado para receber e poder acompanhar estas pessoas, é muito importante nesse momento a  
 593 atenção primária, as equipes de saúde da família e a educação em saúde, justamente por ser um dos fatores e uma das  
 594 estratégias que fortalecem o sistema de saúde, principalmente no momento de diagnóstico para estes agravos, que  
 595 também são considerados negligenciados.

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

**A palavra para doença de Chagas é Suspeição**

- Necessidade de **detectar precocemente as pessoas com DC**, para oportunizar o acompanhamento e tratamento necessários.
- Quando identificado **indivíduo com DC em uma família** → realizar **investigação epidemiológica e oportunizar o exame diagnóstico, tratamento e acompanhamento para a família.**
- **Gestantes com a doença precisam ser tratadas após a fase de amamentação. Bebês necessitam ter acesso ao diagnóstico oportuno e tratamento específico. Realizar exames diagnóstico para DC no pré-natal.**

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

**O Desafio do diagnóstico para DC**

**ACOLHIMENTO**

Baixa suspeição pelas equipes de saúde

Fluxo para diagnóstico para DC no município

Só 32% dos profissionais de saúde sabem diagnosticar Doença de Chagas

**EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE

621 Dando segmento, comentou que a partir do acesso ao diagnóstico se consegue com a oportunidade do diagnóstico, o  
 622 tratamento, tendo o acompanhamento adequado e evitar casos graves e óbitos. Quando uma pessoa tem a forma aguda,  
 623 deve ser acompanhada pelo menos durante cinco anos, para que se possa verificar se terá a cura sorológica ou não.  
 624 Apresentou as estratégias que o Programa de Chagas coloca como possíveis fortalecimentos, que preenche os serviços  
 625 de saúde, o diagnóstico da Doença de Chagas para a gestante, principalmente na 1ª consulta do pré-natal, a busca ativa  
 626 dos casos de Doença de Chagas triados no Hemoba, onde já faz essa triagem e hoje encaminha para poderem ter essa  
 627 avaliação e estão encaminhando para as regiões de saúde, para acompanhamento e busca ativa desses casos em seus  
 628 territórios. Apoio aos municípios contemplados pela portaria ministerial, sessenta e três municípios foram contemplados  
 629 com recurso financeiro de custeio para implementações de ações e fortalecimento desse programa nesses territórios. O  
 630 apoio matricial institucional pelas regionais de saúde, a educação permanente, que é de suma importância, hoje existe a  
 631 Associação de Chagas na Bahia (ACHABA), que é também uma grande parceira na luta contra esse agravo, e a  
 632 participação em espaços colegiados como esse é de suma importância para levarem a importância e a significância que  
 633 este agravo ainda tem nos serviços.

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

**A partir do acesso ao diagnóstico**

**Acompanhamento**

**Tratamento**

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

**Estratégias Programa de Controle da Doença de Chagas Bahia**

- Diagnóstico para DC das gestantes, preferencialmente na 1ª consulta do pré-natal
- Busca ativa dos casos de DC triados pelo Hemoba
- Apoio aos municípios contemplados pela Portaria Ministerial nº 3.775/2019 na elaboração dos Planos de Ação do Programa de Controle da doença de Chagas para a intensificação da vigilância e controle da doença
- Apoio matricial e institucional macrorregiões e regionais de saúde/municípios
- Educação permanente através de webpalestras e seminários regionais presenciais
- Apoio ao controle social no Estado, em especial a Associação de Chagas da Bahia (ACHABA)
- Participar dos espaços colegiados com a pauta da doença de Chagas (CIB, CIR etc)

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE

Finalizou, informando que as regiões de saúde trabalharam no dia quatorze de abril, fazendo alusão a este agravo e mostrando algumas fotos do momento em que eles trabalhavam em seus territórios. E agradeceu a todos.



Diretora de Vigilância Epidemiológica - DIVEP  
 Marcia São Pedro Leal Sousa

Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores  
 Sandra Maria de Oliveira da Purificação

GT Chagas  
 Cristiane Medeiros Moraes de Carvalho  
 Adryele Nobre

E-mail: [divep.chagas@saude.ba.gov.br](mailto:divep.chagas@saude.ba.gov.br)  
<http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/doencas-de-transmissao-vetorial/doenca-de-chagas/>

Equipe Técnica GT Entomologia e Controle Vetorial  
 Aroldo Carneiro Lima, Jailton Batista e José Melo

Obrigada!

648 Em seguida a **Coordenadora** passou para os pontos de **Pactuação: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À**  
 649 **SAÚDE – SAIS/DAE: 3.1 Aprovação das tipologias de classificação hospitalar, no âmbito do Plano Estadual de**  
 650 **Atenção Hospitalar. Alcina Romero** sinalizou que a aprovação da tipologia hospitalar está no âmbito da proposta do Plano de  
 651 Atenção Hospitalar, que foi começado em dois mil e dezenove, tendo sido feito o diagnóstico da atenção hospitalar, por meio  
 652 de uma consultoria com a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, uma consultoria da ABRASCO e o diagnóstico da  
 653 situação de saúde do estado, da rede hospitalar do estado da Bahia, o que era para ser implementado em dois mil e vinte, mas  
 654 com a pandemia foi interrompido, sendo retomado agora, com a formação de um grupo de trabalho, com a participação de  
 655 áreas técnicas da SESAB e de três representantes do COSEMS, que trabalharam exaustivamente junto a estes consultores e  
 656 validado os critérios para tipologia, classificação de quatrocentos e trinta e seis hospitais que apresentaram produção SUS no  
 657 ano dois mil e vinte, tanto no âmbito do grupo de trabalho como no do grupo condutor de redes. Comentou que a Bahia já tinha  
 658 uma classificação hospitalar, feita para a PPI, em dois mil e dez, com uma resolução de dois mil e nove, de onde foi  
 659 aproveitado muita coisa e mantidas as principais categorias e tipologias: em hospital local, que são hospitais pequenos que  
 660 devem ter apenas três especialidades médicas, de abrangência local; os hospitais complementares de região de saúde já  
 661 fazendo quatro especialidades; os hospitais de referência regional; os hospitais de referência macrorregional; e os hospitais de  
 662 referência estadual. Acreditava que tinham classificado todos com os critérios e sendo aprovados, pois já foi consenso do  
 663 grupo condutor e do COSEMS, devem ser publicadas a portaria e a resolução com essa classificação, que não é estanque, é  
 664 apenas a primeira etapa do Plano, para que pudessem aprovar uma carteira de serviço mínima para cada uma das tipologias e  
 665 evoluírem para uma proposta de financiamento estadual para cada tipo de unidade de tipologia. Achava que onde se quer  
 666 chegar ao final deste trabalho é uma proposta de financiamento, o SUS já é tripartite, o financiamento já é tripartite, hoje  
 667 trabalham apenas com financiamento da tabela federal, insuficiente e defasada, o estado vem aportando volume de recursos  
 668 cada vez maiores, mas sem uma normativa que ampare isso. Então se consegue financiar mediante o credenciamento do  
 669 serviço, mas às vezes se credencia a oferta, mas não credencia a necessidade, apoiavam e ajudavam a quem está ofertando,  
 670 precisavam inverter essa lógica e passarem a financiar a necessidade. Desse modo, então evoluíram para uma proposta de  
 671 financiamento e citou a Secretária Lívia, de Itabuna, Manoel, do Cosems, Ana Paula, do apoio do COSEMS, Cristiane Macedo,  
 672 da APG, Norma Briude, pela DICON, Zaine, Coordenadora de Atenção Hospitalar, Daniele, da urgência, que estão lhes  
 673 ajudando muito nesse grupo, estão com um grupo muito bom de Ouvidoria macrorregional, Vigilância Sanitária e todas as  
 674 áreas técnicas da SESAB, bem como a participação do COSEMS. E já pensavam em trazer a carteira mínima de serviços em  
 675 maio e junho, no máximo em julho trazerem estes módulos de financiamento, e se colocou à disposição para esclarecimentos.  
 676 **Stela Souza** comentou que tipologia é palco de CIB e parabenizou a todos, incluindo o nome de Ernesto, que participou. Disse  
 677 que já estão na tipologia já estavam em outra etapa, ela também estava nesse projeto, que ama e ontem ficara muito feliz, por  
 678 disporem desse movimento da tipologia, para saberem o que têm e como estão no estado, quantos hospitais, quantas  
 679 unidades já organizadas, fez referência carinhosa à Juliana, técnica da COAH que qualifico como fantástica, a Cristiane  
 680 Macedo, que vem contribuindo, é um trabalho que está sendo muito bem feito e agora vem um cardápio, com relação às  
 681 ofertas dessas unidades e ao final chegariam a um financiamento destas unidades, conseguiriam enxergar o que é que a Bahia  
 682 tem a nível hospitalar, esse plano de atenção hospitalar é um sonho de todos, como Alcina Romero diz, ele é vivo. **Alcina**  
 683 **Romero** comentou que a ideia é fomentar as unidades a melhorarem cada vez mais e terem mais avanço tecnológico,  
 684 recursos humanos e que pudessem ir inovando outras classificações, pois a qualquer momento podiam revisar essa  
 685 classificação, a pedido do gestor, e lhes ajudaria muito gente a pensarem no financiamento. **Stela Souza** disse que pelo  
 686 Cosems está aprovado, se sentia orgulhosa desse primeiro passo e que poderiam correr para o financiamento antes de  
 687 começarem os impedimentos legais de período eleitoral, então, se dependesse do COSEMS, correriam, e colocou que estava  
 688 **aprovado. Artigo 2º da Resolução CIB 01/2019, que aprova o Plano de ação/utilização do recurso federal referente a**  
 689 **custeio e investimento para implantação, descentralização e qualificação das Ouvidorias do SUS do Estado da Bahia.**  
 690 **Taís Tupinambá** cumprimentou a todos, saudando a mesa, na pessoa da Coordenadora Adjunta da CIB, Stela Souza, e  
 691 aos(as) secretários(as) presentes e que lhes acompanham virtualmente. Falou que a proposta é de uma alteração no texto do  
 692 2º parágrafo da Resolução 01/2019, que vai regulamentar o plano de ação que foi aprovado para implementação de ouvidorias,  
 693 de uma verba federal que foi recebida para fomentar a implantação e a qualificação da rede de ouvidorias do SUS no estad.  
 694 Esta resolução cita os municípios que seriam contemplados com kits de informática e trata de unidades da rede própria do  
 695 estado que implantassem ouvidorias ao longo do período pactuado, e os tele atendentes, o Call Center, que foi construído e  
 696 funciona no nível central. Sendo uma das metas da resolução a aquisição dos kits de informática para a descentralização, uma  
 697 vez que a resolução foi aprovada, em dois mil e dezenove, a Coordenação implementou algumas ações no intuito de fomentar  
 698 essa descentralização e a implantação de ouvidorias. Assim, foi feito um evento e rememorando o que diz a Resolução: 92  
 699 secretarias municipais foram contempladas, 11 unidades de saúde e 07 computadores seriam destinados para o Call Center, o  
 700 recurso para aquisição desse maquinário foi aprovado o previsto, no valor de quinhentos mil reais, na Portaria 1.975/2018, e  
 701 aprovado na Resolução CIB.

702  
703  
704  
705 *Proposta de repactuação do texto do 2º parágrafo, do Artigo 2º da*  
 706 *resolução CIB 01/2019 que aprova o plano de ação/utilização do recurso*  
 707 *federal referente a custeio e investimento para implantação, a*  
 708 *descentralização e a qualificação das Ouvidorias do SUS do Estado da*  
 709 *Bahia.*



#### Preâmbulo:

A resolução aprova o plano de ação que fomenta a descentralização e qualificação das Ouvidorias SUS na Bahia e possui como uma das metas, a descentralização de kits de informática, de acordo com estabelecido abaixo:

- 92 Secretarias Municipais: (indicados no anexo II da resolução)
- 11 Unidades de Saúde de gestão de direta sem ouvidoria
- 07 Serviço de teleatendimento

Para essa ação, foi previsto o valor de R\$ 500.000,00 da portaria 1.975/2018 para aquisição de microcomputadores, tendo por base o plano de ação aprovado em CIB.



715 Dessa forma, desde dois mil e dezenove foram implementadas algumas ações para fomentar essa implantação, então,  
 716 de dois mil e dezenove para cá foram realizadas vinte ações de sensibilização contabilizadas para implantação e falava  
 717 de eventos e seminários, participações em CIR, envolvimento dos ouvidores dos núcleos regionais nesse sentido,  
 718 visitando inclusive alguns municípios e reforçando a importância da ouvidoria como instrumento legítimo de participação  
 719 cidadã e de fortalecimento da cidadania participativa. Dezesesseis treinamentos foram realizados, com o intuito de implantar  
 720 ouvidorias, com o total de cento e vinte e cinco pessoas participando desse movimento ao longo desses anos, que foram  
 721 sensibilizadas e que participaram de treinamentos, mas, ao visualizarem a tabela a seguir, vê-se que, ao longo desses anos, só  
 722 tinham conseguido implantar trinta e uma ouvidorias, sendo vinte da rede própria e dezesseis municipais. Assim, atendendo ao  
 723 que preconiza a portaria, foi iniciada a descentralização desse maquinário, as dezesseis ouvidorias de municípios foram  
 724 contempladas, sete teleatendimentos, já foi feito o saque desse maquinário e as três unidades de saúde da rede própria que  
 725 também implantaram já receberam o maquinário, lhes restando um saldo de quarenta e sete computadores, dos setenta e três  
 726 que foram adquiridos até então. Como existe esse saldo, mostrou no *slide* o que é de fato o seu pedido, que é a pactuação,  
 727 comentando que nesse panorama/cenário eles não tinham conseguido implantar o quantitativo de ouvidorias que foram  
 728 inicialmente pactuadas na Resolução 01/2019 e alguns gestores colocavam dificuldades, como não terem uma infraestrutura e  
 729 nem um espaço para disponibilizar para ouvidoria, não terem recursos humanos para disponibilizarem para a ouvidoria. Existe  
 730 a necessidade de qualificar a rede já existente, então tem hoje na rede, noventa e sete ouvidorias SUS implantadas, dessas,  
 731 tem algumas já há bastante tempo implantadas, necessitando de maquinários, de reposição de computadores, algumas  
 732 inclusive não possuem computadores, alguns trabalham com computadores pessoais, logo, viam a necessidade de  
 733 qualificarem essas ouvidorias já em funcionamento e a questão da garantia desse maquinário, pois tem um ano de garantia.  
 734 Dessa forma, não viam como algo positivo para o estado, ficar com essas máquinas aguardando uma eventual implantação de  
 735 ouvidorias, precisavam, portanto, descentralizar estes computadores. Além disso, dispunham ainda de um recurso  
 736 remanescente e já tendo a proposta de adesão à nova Ata de registro de preços para aquisição de novos computadores. E  
 737 passou à proposta para ser apreciada pelo plenário, que é de continuarem trabalhando na perspectiva da implantação de  
 738 ouvidorias, até porque, além da Resolução CIB, é uma meta desta Coordenação, pactuada em PPA e todos os instrumentos de  
 739 planejamento da ouvidoria, a implantação de ouvidorias, a descentralização da rede, assim, queriam continuar fomentando  
 740 essa implantação, mas queriam também continuar qualificando essa rede, essa é a proposta para a alteração do texto do  
 741 Artigo 2º que trata dos municípios listados.

### Ações da Coordenação

Ano	Sensibilizações	Estratégia	Treinamentos	Pessoas treinadas
2019	01	Evento presencial para sensibilização de gestores – 57 gestores participaram	02 (Presenciais)	27 (19 de SMS)
2020	0	1º ano de pandemia	05 (remotos)	25
2021	18	Participações em reuniões de CIR (Coordenação e Ouvidores dos Núcleos Regionais)	06 (remotos)	51 (12 de SMS)
2022	01	Envio de ofício para os gestores listados na resolução CIB – 04 ofícios enviados. Para alertar quanto a entrega dos computadores para quem implantasse o serviço. Visita as SMS (Ouvidores de núcleo)	03 (remotos)	22 (19 de SMS)
<b>Total</b>	<b>20</b>		<b>16</b>	<b>125 (50 de SMS)</b>

Dez/2021 aquisição de 73 computadores via adesão em ata de registro de preço da SAEB.

### Ouvidorias Implantadas

Ano	Total	Rede Própria	SMS
2019	09	08	01
2020	04	04	0
2021	14	07	07
2022	04	02	02
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>20</b>	<b>11</b>

Quantidade de Ouvidorias Contempladas com os Kits de informática

- 16 – SMS
- 07 – Teleatendimento
- 03 - Unidades

**26**

Saldo de: **47 máquinas**


### Justificativas:

- Dificuldade no atendimento aos critérios pactuados: **estrutura física** e indicação de **pessoa para exercer a função**;
- Necessidade de qualificação das Ouvidorias em funcionamento;
- Necessidade de distribuição do maquinário adquirido (**garantia de 1 ano**);
- Aquisição de novas máquinas com o recurso restante (**R\$ 236.705,79**) – Projeção de adesão à Ata de Registro de Preço nº 024/2021 do Pregão Eletrônico nº 09/2021 – Microcomputadores.

758 No anexo II, não pleitearem a adesão no prazo de seis meses, os demais municípios baianos que não têm a ouvidoria  
 759 implantada poderão pleitear a implantação do serviço, por meio do termo de adesão, então, queriam substituir a redação para,  
 760 caso os municípios contemplados no anexo II e as unidades de saúde sob gestão direta previstas no plano de ação não  
 761 tiverem pleiteado adesão, caberá à Coordenação da Ouvidoria do SUS-Bahia a dispensação dos computadores para  
 762 implantação e qualificação das ouvidorias da rede em funcionamento, mediante a necessidade, quantitativo disponível e  
 763 comprimento dos critérios estabelecidos no anexo três da resolução. E tinham até acrescentado o terceiro parágrafo, sobre o  
 764 fornecimento de mais, para os municípios que forem listados inicialmente na Resolução nº 01/2019, no prazo de trinta dias,  
 765 para validarem ou não, e se colocou à disposição para qualquer questionamento e agradeceu.

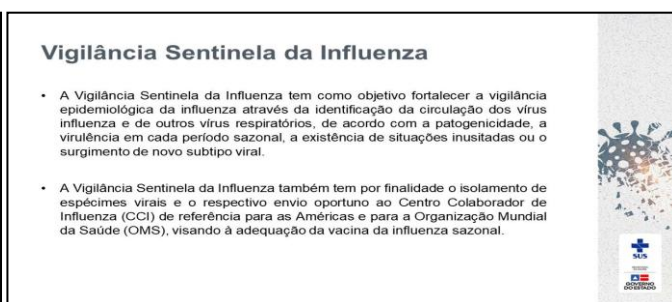
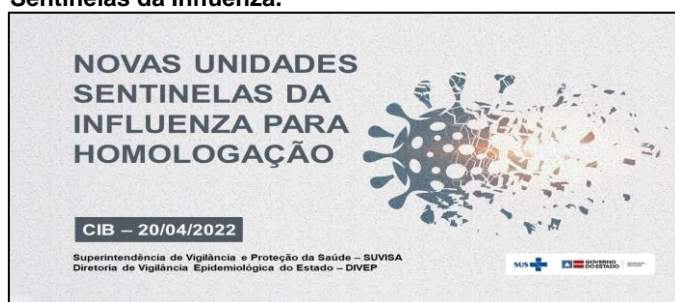
### Proposta de alteração:

- **Texto atual do Artigo 2º:**
- **Parágrafo 2º** "Caso os municípios listados no anexo II não pleitearem a adesão no prazo de 6 meses, os demais municípios baianos que não tenham ouvidoria implantada poderão pleitear a implantação do serviço por meio do termo de adesão e plano de ação".
- **Nova redação:**
- **Parágrafo 2º** Caso os municípios contemplados no anexo II e as Unidades de saúde, sob gestão direta, previstas no Plano de Ação não tenham pleiteado a adesão, caberá à Coordenação de Ouvidoria SUS/BA a dispensação dos microcomputadores para implantação e qualificação das Ouvidorias da Rede em funcionamento, mediante necessidade, quantitativo disponível e cumprimento dos critérios estabelecidos no anexo III desta resolução.
- **Art. 3º** Os municípios e as Unidades contemplados terão prazo de 30 dias para adesão à proposta de implantação.

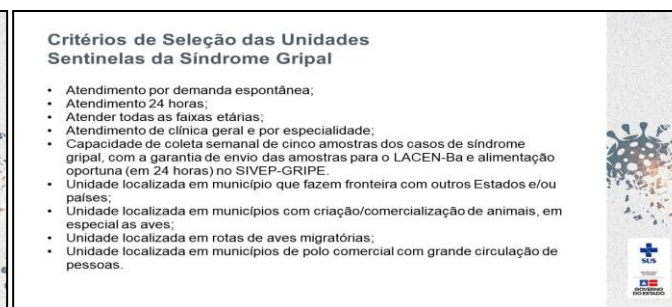


779 **Stela Souza** a agradeceu, e fez o mesmo questionamento feito na reunião do COSEMS, onde tinham pactuado que no terceiro  
 780 parágrafo constasse aberta essa alteração, porque o COSEMS não concorda, pois tem os órgãos de controle, que têm esses  
 781 computadores e na resolução de quatro de janeiro de dois mil e dezenove tem uma relação de municípios. Ou seja, há mais de

três anos, durante esses anos não foi pandemia e nem mudança de gestão, então não concordavam que dessem nem mais um dia de prazo, porque esses equipamentos estão ficando obsoletos e implantar um equipamento desse em algum lugar, se estivesse com problema não teriam mais garantia e diriam que a CIB aprovou. Ela, representando do COSEMS, não aceitariam mais nenhum dia de prazo para o município que esperou três anos sem ter conseguido implantar – que depois se reorganizassem e fizessem. Concordavam é que tivesse de fato as ouvidorias regionais, que também acompanham os municípios, já têm o equipamento. Assim, que estes equipamentos fossem para a auditoria e o que sobrasse a Ouvidoria ficaria encarregada e que isso constasse na redação, como já constava na outra. E a Ouvidoria encaminharia e fomentaria com os municípios que já solicitaram a adesão, mas viam um caminho a percorrer, como ficou bem esclarecido. Acrescentou que tinha sido ótimo Taís Tupinambá ter passado hoje para o COSEMS que não se trata apenas de fazer um documento, de fazerem a adesão e informarem que estão prontos e querem o equipamento, pois tem passos a serem percorridos e a Ouvidoria geral tem também que dar o parecer. Então, seguindo esses passos, os computadores poderiam ir e com os duzentos e trinta e seis mil serem para a Ouvidoria adquirir os equipamentos e estes serem encaminhados aos municípios que estão realmente implantando, a questão é se mudariam a lógica, ao invés de publicarem que, em vez da relação de municípios a serem contemplados, cuidariam dos municípios que estão querendo, que estão entrando em contato com a Ouvidoria e que estão fazendo adesão, como Campo Formoso, que já implantou e só está precisando fazer alguns ajustes, assim como Mulungu do Morro. Desse modo, que seguissem nessa lógica de o município que quiser implantar, fazer a adesão, se quiser assumir comando único é obrigatório implantar a ouvidoria, deve solicitar a adesão e a Coordenação da Ouvidoria do estado o orientar como será o passo a passo. A partir daí têm que seguir esse passo a passo, que conseguiriam ou não, então ser publicada a relação dos municípios da mesma forma que foi publicada em dois mil e dezenove, isso pode ser perigoso para os gestores, e futuramente, se os municípios tiverem problema com os equipamentos, podem ser penalizados, o COSEMS prefere, então, que não coloquem nomes de municípios, mas que o município que fizesse a solicitação de adesão. Assim, concordavam com o que a Ouvidoria está propondo, desde que retire esse terceiro parágrafo, e não constar nenhum dia de prazo a mais, começando novamente do zero. **Cássio Garcia**, confirmando a retirada do parágrafo terceiro, falou que o ponto está **aprovado** pela SESAB. Dando seguimento, comentando que o ponto seguinte - da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologia - foi retirado de pauta, voltavam para o da Vigilância, passando a palavra para Vânia Rebouças. **2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVPE: 2.1 Implantação de 7 Unidades Sentinelas da Influenza.**



Vânia Rebouças apresentou os objetivos da Vigilância Sentinela da Síndrome Gripal: monitorar a circulação dos vírus respiratórios com síndrome gripal na Bahia; conhecer a proporção de síndrome gripal entre o total de atendimentos realizados nas unidades de saúde; identificar as variações sazonais e a distribuição do vírus, por faixa etária; prover cepas virais para formulação de vacina de influenza; fornecer informação oportuna e de qualidade para o planejamento e adequação do tratamento; estabelecer medidas de prevenção e controle relacionadas à síndrome gripal. Falou que é importante ampliar estas unidades no estado da Bahia e relatou que até o momento só tem cinco unidades na capital e os critérios de seleção das unidades são características de atendimento, localização, com representação de pelo menos uma unidade por macrorregião de saúde.



Comunicou que os municípios mais populosos e os maiores ficaram em uma dessas macrorregiões do slide abaixo, tinham feito algumas negociações com alguns municípios, reuniões, capacitações com os núcleos regionais de saúde sobre a importância da participação de todos os núcleos nesse processo, já tinham conseguido avançar e hoje estavam apresentando as sete unidades. A proposta é para nove unidades, mas até o momento hoje são sete para pactuarem. Precisam fazer a coleta de secreção de nasofaringe de cinco amostras semanais, para realização do PCR no Lacen-Ba, atendendo à definição de caso para coleta e registro na ficha de síndrome gripal no SIVPEP GRIPE e recomenda-se ainda que seja realizado o processo sistemático de amostragem por conveniência, ou seja, as coletas devem ser realizadas ao longo da semana, evitando que fiquem concentradas em um único dia e, em caso de haver alguma intercorrência, essa coleta deve ser realizada em outro dia, até poderem completar as cinco amostras semanais dessas unidades de saúde, que devem ser feitas nas diferentes faixas etárias.

### Municípios elegíveis para implantação de novas unidades sentinelas da síndrome gripal no Estado da Bahia

Núcleo Regional de Saúde	Município
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO-LESTE	Feira de Santana
MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE	Irecê
MACRORREGIÃO DE SAÚDE EXTREMO SUL	Porto Seguro
MACRORREGIÃO DE SAÚDE LESTE	Santo Antônio de Jesus
MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORDESTE	Alagoinhas
MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE	Juazeiro
MACRORREGIÃO DE SAÚDE OESTE	Barreiras
MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE	Vitória da Conquista
MACRORREGIÃO DE SAÚDE SUL	Ilhéus

### Coleta de amostras biológicas

- Coleta de 5 (cinco) amostras semanais de secreção de nasofaringe (SNF) para a realização do PCR no Lacen-Ba, atendendo a definição de caso para coleta e registro na ficha de síndrome gripal do SIVEP GRIPE;
- Recomenda-se que seja realizado um processo sistemático de amostragem por conveniência, ou seja, as coletas devem ser realizadas ao longo da semana, evitando que fiquem concentradas em um único dia;
- Caso haja alguma intercorrência (feriado, ausência de casos, etc.), a coleta deverá ser realizada em outro(s) dia(s), até completar cinco amostras semanais.

Dando seguimento, informou sobre os indicadores da vigilância e que depois acompanhariam o percentual destas coletas em relação ao preconizado e a meta é atingir no mínimo 80% com digitação oportuna no SIVEP-gripe e para o percentual de alimentação dos dados do agregado semanal no SIVEP-gripe, a meta é atingir no mínimo 90% das semanas epidemiológicas com a informação no SIVEP-gripe. Apresentou as etapas para implantarem unidades de saúde, sendo necessária a elaboração de um projeto para ampliação destas unidades, relatando que foi feita a apresentação do projeto para a Diretoria do LACEN, bem como foram realizadas excursões com os núcleos regionais de saúde, através de reuniões virtuais e os municípios convidados também foram para participar. Informou ainda que teve também a assinatura dos termos de adesão pelos municípios e unidades de saúde, o envio da documentação à CIB, para pactuação e publicação, o cadastro das unidades no SIVEP-gripe e a capacitação dessas unidades de referências municipais, que dariam continuidade à parte desta pactuação.

### Indicadores da Vigilância Sentinela da Influenza

- Percentual de coleta de secreção da nasofaringe (SNF) em relação ao preconizado de 05 amostras semanais: A meta é atingir no mínimo 80% (oitenta por cento) de coleta, com oportuna digitação no sistema SIVEP-Gripe.
- Percentual de alimentação dos dados de agregados semanal no SIVEP GRIPE: A meta é atingir no mínimo 90% (noventa por cento) das semanas epidemiológicas do ano com a informação, no sistema de informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), do agregado semanal por sexo e faixa etária dos atendimentos de SG e do total de atendimentos no setor onde a vigilância sentinela está implantada.

### Etapas para Implantação das Unidades Sentinelas da SG

- Elaboração do Projeto de Ampliação das unidades sentinelas da Influenza;
- Apresentação do Projeto para a Diretoria do LACEN para apreciação e concordância;
- Apresentação do Projeto para os Núcleos Regionais de Saúde através de reunião virtual;
- Assinatura dos termos de adesão pelos municípios e unidades de Saúde;
- Envio da documentação para a CIB, para pactuação e publicação;
- Cadastro das unidades sentinelas no sistema SIVEP GRIPE;
- Capacitação das unidades sentinelas e referências municipais.

No *slide* seguinte mostrou as unidades e agradeceu aos gestores, por entenderem a importância da implantação destas unidades sentinelas da influenza, já com sete macrorregiões representadas. As regiões Sudoeste e Centro Norte já estão em negociação com uma unidade de saúde em cada uma dessas macrorregiões, sendo importante ressaltar que em breve terão mais duas unidades a serem homologadas aqui. E apresentou as unidades: Hospital Dantas Bião – Alagoinhas; Hospital Municipal Eurico Dutra – Barreiras; UPA 24 HS Elizabeth Dias Marques - Feira de Santana; UPA Conquista – Ilhéus; UPA 24 HS Dr. João Oliveira – Juazeiro; UPA Frei Calixto - Porto Seguro; UPA 24 HS Antônio Reginaldo Fernandes dos Santos - Santo Antônio de Jesus. E finalizou, agradecendo a todos os gestores que assumiram o compromisso de implantarem a unidade sentinela em sua unidade de saúde, que também serão candidatos para quando forem publicadas as portarias com os recursos para as unidades sentinelas e referindo terem recebido um kit de computador recentemente, que de vez em quando conseguiram para fortalecer as unidades já pactuadas e serão contempladas também com as portarias de recursos para unidades sentinelas da influenza.

### Novas Unidades Sentinelas da Influenza para Homologação

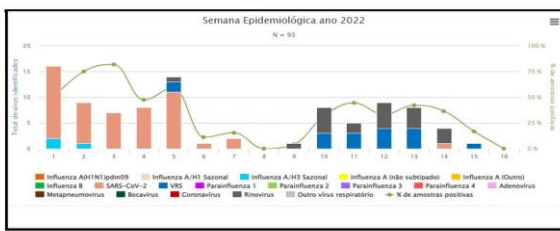
MUNICÍPIO	UNIDADE SENTINELA	CNES
ALAGOINHAS	HOSPITAL DANTAS BIÃO	2487438
BARREIRAS	HOSPITAL MUNICIPAL EURICO DUTRA	2659069
FEIRA DE SANTANA	UPA 24 HS ELIZABETH DIAS MARQUES (QUEMADINHA)	9470832
ILHÉUS	UPA CONQUISTA	0131709
JUAZEIRO	UPA 24 HS DR JOÃO OLIVEIRA	7084847
PORTO SEGURO	UPA 24 HS FREI CALIXTO	7077149
SANTO ANTONIO DE JESUS	UPA 24 HS ANTONIO REGINALDO FERNANDES DOS SANTOS	0156132

Unidades em processo de negociação localizadas em:  
01 em Vitória da Conquista  
01 em Irecê

**Stela Souza** solicitou o fechamento da pactuação para a implantação das sete unidades sentinelas apresentadas por Vânia Reboças e, entrando em votação, como ninguém se manifestou, foram **aprovadas as sete unidades sentinelas**. **Raul Molina** falou sobre a segunda dose e a quarta dose de reforço, há pouco tempo ele tinha falado com Rivia Barros para confirmar estes dados, pois estavam recebendo vacina e seria bastante oportuno pactuarem o rebaixamento para 60 anos de idade para municípios que têm vacina e já vacinaram os idosos acima de 80 anos, independentemente do que governo federal fizesse ou não, eles tinham essa prerrogativa, já tinham usado outras vezes e poderiam usar também mais uma vez, e parabenizou Vânia Reboças. **Stela Souza**, comentando o colocado por Raul Molina, referindo ser uma questão de ordem, sugeriu a Vânia Reboças que discutissem sobre 'o que ocorrer', sinalizando que não existe mais 'o que ocorrer' na CIB, mas que continua a existir, tinham retirado 'o que ocorrer' ao final das pautas, e não adiantando, pois aparece em todas as reuniões.

Solicitou o pronunciamento da Secretária Adélia, sobre como fazer em relação a 'o que ocorrer'. A **Coordenadora** propôs conversarem sobre o assunto ao final do ponto 7.4 e discutissem aqui, construísem o consenso, e, havendo consenso e compreensão de todos para decrescerem a faixa etária, fazerem resolução ad referendum e homologarem na próxima reunião CIB, porque houve uma motivação para que 'o que ocorrer' não existisse mais e quando se combina que vai haver 'o que ocorrer', então ocorre 'o que ocorrer' não sistematizado, e assim não dava. Na próxima reunião já podiam colocar 'o que ocorrer', sempre combinado, que não viria como pauta, podiam combinar e respeitar isso. Então, ao dizerem que não teria 'o que ocorrer', isso é ruim para o ordenamento das reuniões, podiam, sim, fazerem a conversa informalmente e ao final das discussões. Assim, que continuasse sem 'o que ocorrer' - e de fato não tem - ser feita a conversa aqui na reunião, com efeito de consulta, já se alinhar para um ad referendum que tinham construído tecnicamente e sair resolução como ad referendum e sua proposição é que prosseguissem assumindo que não tem 'o que ocorrer'. **Stela Souza** concordou, porque sua preocupação é porque vez ou outra está vindo 'o que ocorrer', sem que tenha regimentalmente 'o que ocorrer' e, para ter, precisariam discutir e colocar em pauta sobre a possibilidade de passar e notificar o regimento, precisavam ter esse cuidado. Agradeceu a Vânia Rebouças e disse que levariam os dois pontos que não estão na pauta para o final da reunião, após o ponto 7.4 e, havendo o consenso, seria publicada a resolução ad referendum, para ser homologada na próxima CIB, já que não consta nessa pauta, conforme a sugestão colocada pela Coordenadora, e perguntou a Vânia Rebouças se tem mais algum ponto. **Vânia Rebouças** disse que são dois itens, na apresentação da influenza faltaram dois gráficos, sendo interessante colocarem também dois slides, apenas para apresentação, apresentados logo após as unidades sentinelas e exatamente neste gráfico se conseguiu observar a frequência dos subtipos virais, só tinham conseguido observar por conta das unidades sentinelas da influenza, é o último gráfico para ilustrar, que ela tinha solicitado a Stela Souza e a Secretária Adélia, dois itens extremamente pertinentes, como Raul Molina colocou, em relação às modificações que estão acompanhando de vacinação contra a Covid no país, e não deixando de ser diferente nos municípios da Bahia, algumas necessidades que precisavam monitorar sempre e que muda realmente, semana a semana. Então tem dois itens extremamente importantes, incluindo a intensificação da vacinação contra meningite, esse gráfico é apenas para observarem a distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica na Bahia, e tinham conseguido acompanhar isso, a fonte SIVEP-Gripe é um sistema gerido pelo Ministério da Saúde, mas é alimentado por todos os municípios baianos. Somente assim tinham conseguido observar de fato a distribuição dos subtipos virais aqui no estado. Observassem que nas primeiras semanas tem o predomínio do SARS-CoV2 e a partir da semana oito o surgimento de vírus respiratório e outros rinovírus, também precisavam acompanhar e isso muda semana a semana, daí a importância da vigilância contínua nessas unidades.

### Distribuição dos vírus respiratórios por semana epidemiológica. Bahia, 2022



O vírus influenza está em constante evolução e, enquanto uma futura pandemia é uma certeza, o incerto é quando e onde esta será iniciada, e qual vírus será responsável. Assim, **vigilância, preparação e resposta devem ser esforços coletivos globais**. Compartilhamento de informações são vitais para desenvolver uma resposta rápida e eficaz a uma pandemia (OMS, 2018).



- **Realização de intensificação vacinal contra Meningite Meningocócica C**, com indicação de atualização do calendário vacinal e indicação de dose única da Vacina Meningocócica C para **não vacinados na faixa etária de 01 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, exceto adolescentes de 11 e 12 anos que tem indicação de dose única da vacina Meningite ACWY**.
- Período: A partir de 02 de maio de 2022.

### Sobre Vacinação COVID-19

- **Avallar indicação de segundo reforço, por ordem decrescente, para idosos com idade inferior a 80 anos;**
- Municípios devem implementar estratégias eficazes para melhoria das coberturas vacinais, principalmente na faixa etária de 05 a 11 anos de idade.

### Sobre Vacinação Campanha Influenza

- **Disponibilizar vacinas a partir do Dia D (30/04/2022) para todos os públicos elegíveis da campanha.**

SUS GOVERNO DO ESTADO SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE - SUIVISA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO - DIVEP

Para ilustrar, as diversas pandemias de H1N1 ao longo da história e, para finalizar, comentou que o vírus da influenza está em constante evolução e como uma futura pandemia é uma certeza, o incerto é quando e onde será iniciada e qual vírus será responsável. Assim, em vigilância, preparação e resposta devem ser esforços coletivos globais, compartilhamentos de informações são vitais para desenvolverem uma resposta rápida e eficaz a uma pandemia e a vigilância contínua e precisavam fortalecer cada vez mais estas ações em todo o território. E agradeceu. A **Coordenadora** agradeceu a Vânia Rebouças. Comentou que o ponto 4 foi retirado de pauta, por não estar bem consolidado para sua apresentação, e passou ao **ponto 5** -



983 **Grupo Condutor de Redes. Cássio Garcia** cumprimentou a todos, comentando que já teve duas pautas que foram inseridas  
984 por intermédio do GCE, a classificação hospitalar, que já foi apresentada no grupo condutor, bem como a situação da  
985 nefrologia do estado da Bahia, que se tornou pauta da reunião da CIB. Hoje traziam especificamente o que foi discutido na  
986 semana passada, o Instrutivo da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, que trata das solicitações de habilitação da RAPS, em  
987 função da necessidade do plano de ação dessas redes. Disse que Liliane Mascarenhas está presente e pode trazer a  
988 informação completa, porque o Grupo Condutor decidiu enviar o ofício ao Ministério da Saúde, para tentar rever o Instrutivo,  
989 enviando cópia ao CONASEMS e ao CONASS. E perguntou a Stela Souza se se fazia necessária a leitura da minuta que já foi  
990 preparada pela DGC, em conjunto com outras áreas, ou se encaminhassem por e-mail para todos fazerem sua contribuição,  
991 enfim, estava dando uma sugestão, por ser muito extenso o documento, que tem pelo menos três páginas, e pediu a Liliane  
992 Mascarenhas para esclarecer. **Stela Souza**, para complementar Cássio Garcia e encaminharem, disse que de acordo com o  
993 Ministério, este documento tem que ser pactuado na CIB e se deixassem para mandar depois e não achava que este  
994 documento devesse ser aprovado ad referendum, porque aqui tem uma política que está sendo estabelecida e estão criando  
995 inúmeros problemas para a saúde mental. Ao verem a rede hoje, em que foram aprovados municípios que solicitaram  
996 habilitação de CAPS e os colocaram para funcionar, estão com equipe funcionando, atendendo, e de repente o Ministério da  
997 Saúde diz que aprovou por todos estes anos, mas não aprovará mais, somente depois que chegar o plano. E ela perguntava  
998 qual plano, porque o MS também não deu resposta dos planos que já tinham sido encaminhados. Então é suficiente que  
999 Liliane Mascarenhas resuma o que consta no documento, não precisava ler todos, detalhar apenas para o Ministério da Saúde,  
1000 mas essa CIB precisa se manifestar, caso contrário, teriam sérios problemas de desmonte, porque a saúde mental está  
1001 ameaçada e hoje tinham que abrir os olhos, se manifestarem e colocarem o posicionamento, ou então todos esses CAPS que  
1002 estão funcionando terão que fechar, e perguntava como um município bancará um CAPS sem dinheiro e, estava dando o  
1003 CAPS como um exemplo. **Liliane Mascarenhas** cumprimentou a todos, manifestando o prazer em estar presente e trazendo a  
1004 pauta, que é polêmica de fato e que traz uma inquietação muito grande, porque até então vinha sendo rápido a tramitação dos  
1005 processos para credenciamento e habilitação dos pontos de atenção que não estão vinculados à aprovação de plano. Mesmo  
1006 assim, desde a publicação da portaria, o estado, juntamente com os municípios, vem construindo os planos de ação conforme  
1007 preconizado na RAPS e nesse sentido registrava que a Bahia tem três planos regionais, foram construídos vinte e oito e até  
1008 hoje o Ministério da Saúde não os aprovou. Então, essa já é uma situação clara que podiam evidenciar, entre os outros que  
1009 entram com a mudança na vocação do serviço de residência terapêutica. Outra situação é a descaracterização dos CAPS, traz  
1010 a modalidade do CAPS 4 como um mini hospital, do tipo HPP, com equipamento de até vinte leitos e se preocupavam com  
1011 isso. Com relação às equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, leva uma proposta de setorizar e  
1012 que na verdade são equipes voltadas para drogas, infantil, enfim, quando se faz esse movimento está se descaracterizando a  
1013 proposta dos CAPS, que muitos dos gestores já têm seus CAPS implantados e em funcionamento. Outro ponto que o MS  
1014 coloca é sobre o aporte de recurso, com um volume bastante significativo para o CAPS tipo 4, que será, na verdade, um CAPS  
1015 com um incentivo de duzentos mil reais para implantação e um custeio mensal de quatrocentos mil reais, de fato não viam um  
1016 investimento para os outros tipos de CAPS, o tipo 1, o tipo 2, o infantil, assim, observavam **equipamentos** componentes da  
1017 RAPS, na verdade não há um cuidado ou atenção para viabilizarem esse cuidado mais territorialmente, como é preconizado,  
1018 sendo que vinham discutindo em termos de rede de atenção, e tinham construído então esse documento. E em relação ao  
1019 parâmetro dos leitos de saúde mental, o MS aumenta seu quantitativo, o que descaracteriza e inviabiliza a implantação de  
1020 leitos de saúde mental em hospitais gerais, ou seja, o MS incrementa e faz uma movimentação para o fortalecimento de  
1021 hospitais psiquiátricos. E muitos dos gestores aqui sabem o quanto é importante a garantia desse cuidado no território, se têm  
1022 CAPS ou leitos de saúde mental em seu hospital, garantem esse acompanhamento pela família, enfim, esse cuidado no  
1023 território. Dessa forma, o que observavam é que não houve um diálogo e o Instrutivo foi encaminhado às coordenações  
1024 estaduais pelo Coordenador da RAPS, não houve manifestação de diálogo no CONASS e no CONASEMS, todos os estados  
1025 estão acompanhando, fazendo essa discussão a nível nacional, juntamente com o CONASS e o CONASEMS, já tinham trazido  
1026 o Coordenador e percebe-se que não existe uma abertura de diálogo. Então, considerando isso, entendiam que a Bahia vem  
1027 com o movimento bastante positivo para garantir esse cuidado no território, a fim de os estados e os municípios poderem  
1028 fortalecer esse cuidado em âmbito territorial, de forma conjunta, e não acatando esse Instrutivo. Fora isso, a Bahia está com  
1029 trinta e quatro equipamentos de municípios aguardando habilitação e, além disso, os sites não estão mais abertos para  
1030 inclusão dos equipamentos que já estão em funcionamento, pois é uma sobrecarga efetiva para os municípios, logo todo  
1031 movimento que tinham feito está sendo perdido. **Stela Souza** lembrou a Liliane Mascarenhas que a nota do CONASEMS pede  
1032 também a revogação e em seguida colocou em votação, o encaminhamento do documento com o detalhamento desses  
1033 tópicos, que será também encaminhado para os membros terem conhecimento e para o Grupo Condutor, de onde saíram  
1034 essas duas proposições. **Houve consenso. 4. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CIÊNCIA E**  
1035 **TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC: 4.1 Mudança da forma de repasse do recurso de contrapartida estadual do**  
1036 **Componente Básico da Assistência Farmacêutica.** (Este ponto foi retirado de pauta). Dando seguimento, **Cássio Garcia**  
1037 passou para o próximo ponto de **Pactuação: 5. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 5.1 Assuntos das Redes Temáticas e**  
1038 **Aprovação do Cronograma das Oficinas Macrorregionais do PRI - Cristiane Macêdo, Técnica da APG – Coordenação**  
1039 **de Planejamento Regional Integrado**, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação em *slides*, relatando que as oficinas  
1040 estão no cronograma da PRI, conforme Resolução CIB nº 121, seriam para abril, mas na última reunião do Grupo Condutor,  
1041 em março, ficou difícil manter para ainda esse mês. Mostrou no *slide* abaixo que as oficinas têm duração de um turno, três  
1042 horas e meia, e tem o objetivo de qualificar diretrizes e metas. A proposta seria presencial e *online*, de acordo com o que cada  
1043 grupo e cada macrorregião colocassem, foi sugerido no GCE que fossem presenciais, e solicitou que fosse visto com o  
1044 Gabinete da Secretária – GASEC, a viabilidade de as oficinas serem presenciais, porque estavam em processo de pandemia,  
1045 foram liberadas recentemente as máscaras e a informação do Gabinete foi que não teria condição, não tem tempo hábil nem  
1046 recurso suficiente para viabilizar às nove macrorregiões serem presenciais. As únicas oficinas que conseguiriam ser  
1047 presenciais, pelo processo de planejamento na Bahia e que tem um projeto do Ministério que financia as ações, seriam as duas  
1048 macrorregiões prioritárias, Sul e Centro Norte, e fariam uma tentativa para a Norte também ser presencial, devido ao processo  
1049 do PEBA, que está cada vez mais sendo fragilizado, assim, a viabilidade seria para essas três. O momento da oficina é

1050 presencial, depois os gestores farão seus trabalhos em suas macrorregiões e os técnicos da APG retornariam. E essas  
1051 Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – DOMI, que compõem o plano, têm que ser aprovadas no espaço macrorregional  
1052 que, no caso da Bahia é a CIB.

**Oficinas PRI Macrorregionais  
Qualificação da DOMI – maio 2022 (proposta)**

Salvador, abril de 2022

**Pauta da reunião**

Oficinas Macrorregionais para discussão das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) dos Planos.

Proposta: Maio 2022 (Cronograma PRI: 04/2022, Resolução CIB/BA nº 121/2022)

Duração: 01 turno (3 horas e meia)

Objetivo: Qualificar as DOMI dos planos das macrorregiões

Metodologia: Oficinas presenciais ou online

Momentos: síncrono e assíncrono

Conclusão: Aprovação das 09 DOMIs macrorregionais em reunião da CIB/BA

1064 Mostrou nos *slides* seguintes que nas oficinas de outubro do ano passado as macrorregiões fizeram a definição das suas  
1065 diretrizes, logo, nessa oficina qualificariam esse processo, com exceção da PEBA, porque precisavam de Pernambuco e o  
1066 movimento não foi consolidado, por isso a proposta de viabilizarem a macrorregião Norte, para que Pernambuco pudesse  
1067 participar e haver uma discussão, contudo, segundo o Gabinete, esse movimento é difícil. Nessa mesma oficina será discutida  
1068 mais uma complementação, com a apresentação de faixa etária, sexo, raça/cor, populações variáveis, povos tradicionais, como  
1069 indígenas e quilombolas, para ser acrescentado ao documento do estado de saúde, da macro situação de saúde, que se  
1070 encontra no *site* do Observatório Baiano. Informou que o DATASUS retirou o quesito raça/cor em 2021, não dispõem mais  
1071 dessa informação, o IBGE só atualizou escolaridade em 2010, assim como como localização demográfica. A partir de 2011 foi  
1072 adotado que 100% dos municípios têm população urbana, então se vê que nesses dados há uma incoerência e será feita  
1073 consulta aos secretários, por um *google form*, para eles se posicionarem sobre a viabilidade de se colocar esses indicadores.  
1074 Passou à proposta do cronograma das oficinas para maio, a partir de 24/05, em um turno de três horas, sendo terça, quarta e  
1075 quinta-feira. Finalizou, colocando que se realmente conseguissem que a Sul, a Centro Norte e a Norte fossem presenciais,  
1076 seria preciso revisitar o tempo destas macrorregiões e fazerem um movimento para terem a duração um pouco maior, devido  
1077 ao deslocamento de secretários e técnicos, assim, talvez tivessem que aprovar uma alteração no cronograma destas  
1078 macrorregiões em ad referendum.

**Macro Norte / PEBA – discutir**

**Diretrizes Macrorregionais**

**Complementar ASIS**

Apresentação das variáveis clássicas para o perfil social e demográfico aos gestores para validação:

- ❖ Faixa etária;
- ❖ Sexo;
- ❖ Raça/cor – DATASUS retirou em 2021;
- ❖ Escolaridade – IBGE atualizou em 2010;
- ❖ Atividade econômica – DATASUS apresenta municípios de extrema pobreza;
- ❖ Localização demográfica – Urbana e Rural – IBGE atualizou em 2010;

E proposta de novas variáveis de acordo com a especificidade da macrorregião, tais como: Povos tradicionais (população indígena, quilombola, ribeirinha, cigana, assentamento, entre outros).

**Proposta cronograma**

MACRORREGIÃO	Nº MUN.	DATA	TURNO
LESTE	47	24/05/2022	Manhã
SUL	68	24/05/2022	Manhã
SUDOESTE	74	24/05/2022	Tarde
CENTRO LESTE	72	25/05/2022	Manhã
EXTREMO SUL	21	25/05/2022	Tarde
NORDESTE	33	25/05/2022	Tarde
CENTRO NORTE	38	26/05/2022	Manhã
NORTE	28	26/05/2022	Tarde
OESTE	36	26/05/2022	Tarde
BAHIA	417	-	-

**Obrigada!**

1111 **Raquel Ferraz, Secretária Municipal de Saúde de Abaré e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, registrando que  
1112 considerava um trabalho muito importante nesse momento, lhe preocupava perderem a oportunidade de construir esse  
1113 documento nesse projeto de forma presencial, porque já tinha participado de oficinas e reuniões virtualmente e não têm a  
1114 mesma qualidade. Conversando com Stela Souza, havia questionado sobre a possibilidade de adiarem isso para tentarem  
1115 conseguir que todas as macrorregiões fossem na forma presencial. **Stela Souza** reforçou a colocação de Raquel Ferraz,  
1116 lembrando que desde o início vinha falando sobre ser presencial, argumentando que as oficinas web são ótimas como

1117 instrutivas e orientadoras, mas nesse momento do detalhamento, que é o que acontecerá, não haveria 100% de atenção, que  
1118 o gestor estaria na Secretaria Municipal e sempre chegando alguém que eles têm que parar para atender, mas se estivessem  
1119 em um local com todos reunidos para essa discussão, com certeza a produção seria maior, assim, questionou se realmente  
1120 teriam um resultado de qualidade. **Cristiane Macêdo** colocou, quanto à extensão do prazo, que tem algumas situações em  
1121 relação ao Planejamento Regional da Bahia, que tem um prazo dado, tanto para o projeto da 1812, como para o próprio  
1122 PROADI SUS, que é 2023, lembrando que estão parados desde novembro e só começando a retomarem o processo em abril,  
1123 com isso as DOMI, que é uma etapa importante para o desenho do processo. Mas tem ainda toda a Linha do Cuidado, uma  
1124 programação a ser feita, lembrando que se suspendeu para o São João, todos os municípios em junho estariam envolvidos  
1125 com as festas, a população está ansiosa por isso, e já estavam caminhando para julho, mais próximo do momento político,  
1126 tanto para o estado como para o Ministério da Saúde e vai-se empurrando cada vez mais. Outro ponto é que essa etapa é  
1127 síncrona e assíncrona, esse momento da oficina é de revisitar o que os gestores optaram como diretrizes, debaterem objetivos  
1128 e metas, mas a construção terá que ser local, por isso que eles poderão se deslocar. A proposição da Centro-Norte e da Sul é  
1129 porque já estavam contemplados no projeto da 1812, então já tem o recurso, já tem uma organização viabilizando isso, para as  
1130 demais precisariam de quarenta e cinco dias e atrasaria muito. E fariam um esforço para o PEBA, porque recentemente houve  
1131 uma reunião com Ministério, CONASS, CONASEMS e Pernambuco, e tinham percebido uma fragilidade na ligação  
1132 Pernambuco e Bahia. Então far-se-ia um esforço para isso e eles tinham começado do zero, porque no PROADI SUS de  
1133 2019/2020 não houve discussão das DOMI, então, seria começar do zero, com um processo mais presencial, mas para as  
1134 demais, nesse momento será uma discussão *online*, porque serão os grupos de trabalho atuando no local, em cada construção  
1135 de objetivos, metas, revisitando o que foi feito e o caminhar, mas o construir dependerá do outro momento. **Cássio Garcia**  
1136 colocou que, diante de tudo que foi dito por Cristiane Macedo e considerando as colocações de Stela Souza e Raquel Ferraz,  
1137 concordava que, em não sendo presencial, pode haver perda de qualidade, sendo assim, faria um esforço para ver se mudava  
1138 isso, conversaria novamente com o GASEC e, se não fosse possível realmente, poderiam buscar novas estratégias, avaliando  
1139 com o COSEMS o que é possível ser feito. **Stela Souza** ponderou que a mesa está entendendo que a qualidade não será a  
1140 mesma, mas cumpririam todos os prazos, ritos e todos os documentos estarão prontos, mas queria saber se são documentos  
1141 viáveis, se são propostas como os técnicos e gestores estavam entendendo. Ressaltou que a qualidade de entendimento do  
1142 gestor que está presente na CIB e que esteve na reunião do COSEMS com certeza é muito maior do que dos que estão via  
1143 web, em que a internet cai, que precisam parar para atender alguém, pois sempre tem mil urgências, então a proposta é de  
1144 Cássio Garcia conversar novamente com o GASEC, pedindo autorização, pela CIB e, dando tudo certo ou não, que fosse  
1145 publicada a resolução com essas datas. **Cássio Garcia** colocou, como último ponto da pauta do GGE, o informe sobre a  
1146 **indicação dos representantes das Câmaras Técnicas SESAB e COSEMS do GCE formados de acordo com as Redes**  
1147 **Temáticas**, apenas para reforçar, alguns nomes já foram enviados, a fim de finalizarem esse processo. Dando seguimento,  
1148 passou para o próximo ponto de **Pactuação: 6.1 Pleitos de municípios de assunção ao Comando Único dos Serviços de**  
1149 **Média e Alta Complexidade**. Informou os municípios: Tapiramutá, Ibipeba, Mulungu do Morro, Sítio do Mato, Canápolis, Terra  
1150 Nova e Alcobaça, sinalizados na reunião passada. **Houve consenso**. A **Coordenadora** manifestou preocupação,  
1151 principalmente com os municípios menores que têm serviços credenciados pela SESAB, que fazem solicitação de Comando  
1152 Único e, ao assumirem, levando os seus recursos de financiamento MAC, passam a recebe-los na integralidade, diretamente  
1153 do Governo Federal, a SESAB deixa de receber os recursos e de poder fazer a contratação direta, em razão de não haver  
1154 sombreamento e frequentemente as contratações e credenciamentos do estado ocorrem com valores superiores aos que são  
1155 repassados pelo Governo Federal, levando muitas vezes à insustentabilidade financeira, seja do município, seja do prestador.  
1156 Esta é uma reflexão que os municípios que solicitam Comando Único precisam fazer e precisavam chamar essa  
1157 responsabilidade para todos, porque muitas vezes são serviços que dependem de pactuação. Então, o município assume esse  
1158 compromisso, não consegue honrar ou consegue por um curto tempo e os municípios ao redor, que têm pactuação, passam a  
1159 sofrer pela incapacidade de um aprazamento. Esta é uma reflexão que todos precisam fazer, quando o município pede  
1160 comando único, ele está na pactuação, receberá os recursos MAC diretamente, os municípios do entorno que pactuaram com  
1161 este município precisam entender que aquela decisão os afeta também. Assim, claro que não estavam se manifestando  
1162 contrários a essas solicitações, mas trazendo para a responsabilidade de todos, pois quando pactuavam, deliberavam e  
1163 aprovavam aqui, estavam pactuando ações que atingem o município e os demais que pactuaram com ele. **Stela Souza**  
1164 lembrou que a solicitação de Comando Único já tem um rito e uma resolução CIB que orienta, primeiramente tem que ser  
1165 discutido no Conselho Municipal de Saúde, em segundo lugar, no antigo CGMR - hoje CIR - e a CIR é a primeira que aprova e  
1166 os seus membros são daquela região e sabem que têm serviços daquele município. O que a Secretária Adélia está pedindo -  
1167 ela também reforçava - é que os municípios prestassem atenção, porque acatam e, depois que complica a situação, vêm  
1168 cobrar do COSEMS e da CIB. Outra coisa importante é o decreto estabelecendo que a assunção do Comando Único, a  
1169 responsabilidade do recurso MAC é dado o direito a todos os gestores, inclusive hoje na lei nem existe essas pactuações,  
1170 faziam aqui exatamente para não acontecer isso, se está acontecendo é porque nas regiões também não está sendo discutido  
1171 nas CIR e, assim, chamavam mesmo atenção dos colegas membros das CIR. Mas quando o município, além da questão das  
1172 pactuações no território, tem um serviço ou uma unidade da rede estadual, a discussão é entre gestão estadual e gestão  
1173 municipal, ao vir para a CIB já têm a discussão feita com o estado, quando vem a relação de municípios solicitando Comando  
1174 Único, os membros da CIB têm a certeza de que toda a documentação chegou e seguiu todo esse rito. Exemplificou, com o  
1175 município que pediu o Comando, passou no Conselho, na CIR, mandou para a CIB, que identificou que tem um hospital da  
1176 Rede Própria no território, tendo que haver a discussão entre o gestor estadual e o gestor municipal, tendo a discussão e  
1177 estando tudo ok, retorna à CIB, que pode aprovar, entendendo que essa discussão foi feita no estado. Todos os municípios  
1178 colocados para aprovação hoje, tendo algum deles com uma unidade da rede própria, ou com município pactuado para este  
1179 município atender, a responsabilidade é deste município, dos municípios e das CIR que aprovaram, porque a CIR é  
1180 corresponsável porque ter aprovado. Aproveitando, lembrava que, após a apresentação do Curso da Auditoria, foi solicitado  
1181 que os municípios que estão assumindo agora o Comando Único e os que assumiram em 2021, fossem os primeiros da lista  
1182 para participarem do curso, tendo em vista que a primeira coisa que precisam conhecer é a auditoria e todos os serviços que  
1183 precisam ser auditados, pois a CIB está sempre encaminhando e orientando, mas se não seguem o rito, também não poderiam

1184 socorrer. Dando seguimento, a **Coordenadora** passou para o próximo ponto de **Pactuação: 7 – COSEMS: Stela Souza**  
1185 comunicou a solicitação de inversão de pauta pelo Secretário Municipal de Saúde e Membro da CIB de Salvador, por precisar  
1186 se ausentar em seguida. Como não houve manifestação contrária, passou para o ponto **7.3. Salvador solicita atualização da**  
1187 **Resolução nº 270/2021 - Décio Martins, Secretário de Saúde de Salvador**, agradeceu pela oportunidade, lembrando que  
1188 em 21 de dezembro foi aprovada uma resolução na CIB, referente a vinte e cinco milhões e quinhentos mil reais de Teto MAC,  
1189 em parcela única, para um projeto específico de educação permanente, por meio de uma pesquisa da UFBA, mas infelizmente  
1190 não foi possível captar esse recurso no ano passado, e agora o Ministério está solicitando a publicação de nova resolução, em  
1191 sua integralidade, com o mesmo valor e os mesmos termos. **Stela Souza** colocou em votação, reiterando tratar-se de uma  
1192 resolução com o mesmo teor, apenas atualizando a data. **Houve consenso**. Na oportunidade, lembrou que deveria ser dada  
1193 posse ao Secretário Décio Martins, como membro titular desta CIB, pois assumiu como Secretário Municipal de Saúde de  
1194 Salvador, e tendo que assinar seu Termo de Posse no início desta reunião da CIB, chamando atenção da Secretaria Executiva  
1195 da CIB para esses ritos legais, assim, solicitava à Coordenadora que desse posse verbalmente e ele assinaria o Termo na  
1196 próxima reunião. A **Coordenadora** considerou extremamente importante, até porque, ao dar-lhe posse, se interrompia  
1197 formalmente a representação do Secretário Leo Prates, dessa forma, orientou que fosse formalizado na próxima reunião, com  
1198 efeito retroativo, registrando a posse do Secretário Décio Martins. **Stela Souza** complementou, informando o Decreto de sua  
1199 nomeação como Secretário Municipal de Saúde de Salvador pelo Prefeito Bruno Reis, datado de 29 de março de 2022. Dando  
1200 seguimento, retornou ao primeiro ponto de **Pactuação: 7.1 Remanejamento do Teto MAC de Campo Formoso, que está**  
1201 **sob gestão FESBA, para gestão municipal**. Informou que foi discutido na Assembleia do COSEMS, onde foi feita uma  
1202 proposta, tendo em vista que já havia uma negociação entre o estado e o município, lembrando que há dez anos tem Comando  
1203 Único e agora resolveu assumir o teto MAC, todo ou parcial, não sabia exatamente, foram apresentadas informações na  
1204 reunião do COSEMS. E propôs à Secretária Adélia e a Cássio Garcia para se reunirem, no dia 27 de abril, às 14 horas, na  
1205 SESAB, onde teria representante do COSEMS, com sua Assessoria Técnica e Jacklene Mirne, além do Secretário de Campo  
1206 Formoso e da área técnica da SESAB, para encontrarem juntos um caminho para resolver essa situação. Dando seguimento,  
1207 passou para o próximo ponto de **Pactuação: 7.2 Solicitação de ampliação de incremento provisório de Teto MAC, em**  
1208 **parcela única, do Município Camaçari**. Informou que o Secretário de Camaçari não pôde estar presente na CIB, mas ele  
1209 esteve na reunião do COSEMS, onde colocou a solicitação de um incremento temporário, o que é comum, já vem sendo  
1210 utilizado e o Ministério se colocou à disposição e não seria a CIB que negaria. Parece que o documento - que ela não tinha  
1211 visto antes - contém alguns esclarecimentos que comprometem a liberação, então entraria em contato com o Secretário do  
1212 município para orientá-lo como fazer esta solicitação à SESAB, ressaltando que nunca foi negado pela CIB, mas é preciso  
1213 saber como solicitar, porque lhe parecia que a abertura do processo não foi correta. **Cássio Garcia** relatou que a solicitação  
1214 chegou oficialmente, pedido em uma emenda parlamentar, entretanto, há um teto que não pode ser ultrapassado, então a  
1215 solicitação talvez tenha chegado de forma equivocada, mas, fazendo a correção, seguirá o fluxo normal. **Stela Souza**  
1216 argumentou que é semelhante à solicitação feita por Salvador, mas ele abriu um processo completamente diferente, a  
1217 justificativa colocada não é esse tipo de resolução, podendo ser inclusive ad referendum e homologando na próxima e o  
1218 município não precisa perder tempo. A **Coordenadora** citou como exemplo a solicitação da OSID, ressaltando que esse  
1219 modelo já é habitual, mas da forma como foi solicitado é como se dissesse que o município passa a ter uma previsão que é  
1220 infinita, a qualquer tempo do ano, e a pergunta é sobre os outros quatrocentos e dezesseis municípios. Se o Ministério ficar  
1221 autorizado a colocar qualquer valor no Município Camaçari, eles apoiavam, contanto que fosse também para os quatrocentos e  
1222 dezesseis municípios da Bahia, pois todos merecem um recurso do Sistema Único de Saúde que venha a auxiliar na execução  
1223 de suas ações no município. De qualquer forma, entendiam que foi uma forma equivocada de construção do documento, que  
1224 pode ser revista e então se igualar às demais análises que vinham fazendo e concordava. **Stela Souza** colocou o  
1225 encaminhamento de o município modificar o documento, para ficar de acordo e, ao chegar, que fosse publicada a resolução ad  
1226 referendum, para não perder tempo. **Houve consenso**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 7.4**  
1227 **Ofício Circular nº 66/2022/SVS/MS – Levantamento da execução dos incentivos financeiros federais destinados à Rede**  
1228 **de Frio Nacional, durante o exercício 2012 a 2021**. Informou que essa demanda de um ofício da Secretaria de Vigilância em  
1229 Saúde do Ministério da Saúde recebido pelo COSEMS solicitando a prestação de contas de todos os recursos para Rede de  
1230 Frio que foram encaminhados para os municípios do estado da Bahia e para o estado, foi levada ao Grupo Condutor. Assim,  
1231 trazia para esta CIB questionando a competência do COSEMS de buscar prestação de contas dos municípios e encaminhar  
1232 para a SVS. Relatou que tinham tentado buscar essas portarias e procurado alguma resolução CIB, até conseguindo encontrar  
1233 algumas coisas, mas são muitos anos, a maioria das portarias são de recurso para o estado, não tendo como o COSEMS  
1234 prestar conta disso, o estado é que presta contas para o Conselho Estadual de Saúde. Sendo assim, traziam esse ponto para  
1235 saber a orientação desta CIB. A **Coordenadora** sugeriu ao COSEMS consultar em seus instrumentos legais as suas  
1236 competências, que certamente não inclui esta e retornar ao Ministério, comunicando que não é de sua competência. Com esse  
1237 documento via que mais uma vez o Ministério da Saúde ignora toda a regulamentação, normatização, a construção legal do  
1238 SUS nas suas várias instâncias, para fragilizar o ente competente das ações, mais uma vez via o Ministério agindo dessa  
1239 forma como fez na semana passada, ao vir à Bahia para tratar de um assunto que é de competência do estado, se dirigir ao  
1240 COSEMS, não incluir o estado - que foi incluído por demanda do COSEMS - para tratar de um assunto que é competência da  
1241 Secretaria estadual. Então o Ministério faz isso mais uma vez e mais uma vez percebia que há uma intencionalidade de  
1242 desconstrução do Sistema Único de Saúde, de desrespeito a toda legislação que foi construída coletiva e democraticamente,  
1243 entendendo que o COSEMS trouxe à CIB com respeito, porque é um fórum ampliado, mas entendendo também que não é  
1244 competência da CIB em responder. **Stela Souza** esclareceu que não tinha trazido como competência da CIB, mas para  
1245 discutirem aqui, já que envolve estado e municípios e não cabe ao COSEMS fazer prestação de contas da SESAB. Relatou  
1246 que o ofício foi emitido no dia 8, com prazo de resposta para 12 de abril, assim, que essa comunicação do COSEMS constasse  
1247 em ata, tendo em vista que é impossível responder e seria feito um ofício informando ainda que não haveria tempo hábil de  
1248 localizar as portarias. **Rivia Barros, Superintendente da SUVISA e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, relatando que a  
1249 SESAB recebeu também esse ofício, foi encaminhado aos secretários estaduais de saúde, inclusive já tinham feito o  
1250 levantamento de tudo que foi recebido pelo FESBA, ano a ano, e o que foi executado, estavam com dificuldade apenas no ano

1251 2014, em um dos recursos que não tinham conseguido localizar toda a execução. Então conversariam com as gestoras da  
1252 época para ver se lembravam o que aconteceu, inclusive já tinha pedido ao FESBA para ver se houve alguma devolução ao  
1253 Ministério da Saúde, porque quando eles mandam esses recursos e não são executados às vezes pedem devolução e não  
1254 sabia se esse foi o caso de 2014, mas o restante já está todo respondido. **Raul Molina** levantou uma questão de ordem,  
1255 argumentando que estavam vendo agora que o que aconteceu com o estado, aconteceu também com os municípios, uma  
1256 solicitação indevida e mal encaminhada que precisa sim ter uma resposta. Considerou prudente o COSEMS ter trazido este  
1257 assunto, porque agora todos estão tomando conhecimento que chegou também para o estado e é preciso se posicionar contra  
1258 esse tipo de atitude que o Ministério está tomando. Em sua opinião, tinha que ter um posicionamento da CIB, manifestando  
1259 estranheza ao Ministério, pois tinham recebido esse ofício, mas que existem órgãos de controle para essa prestação de contas.  
1260 COSEMS e SESAB precisam se manifestar, para não acabarem dando legalidade a algo que é ilegal. Ponderou que, se isso  
1261 caísse no Conselho de Saúde, diriam que o COSEMS impediu os municípios de prestarem informações e que o estado se  
1262 negou a dar informações, então é realmente fundamental um posicionamento desta CIB, colocando que, quando for necessário  
1263 o Ministério solicitar algo, tanto para o estado como para os municípios, que o faça de forma adequada e seguindo os trâmites  
1264 legais. **Stela Souza** reiterou que trouxe para conhecimento da CIB, mas agora, ao ser constatado que a SESAB também  
1265 recebeu o mesmo ofício, com o mesmo texto e destinatário diferente, passava a ser efetivamente pauta da CIB, então  
1266 responderiam conjuntamente, como CIB. A **Coordenadora** observou que, na avaliação da SUVISA, o ofício recebido é  
1267 competência de a SESAB responder e as providências já estão sendo tomadas, entendendo que não é competência do  
1268 COSEMS responder este pleito, é competência da CIB estranhar o COSEMS receber esse documento. Enfatizou que, como  
1269 CIB, deveriam mandar um ofício manifestando esse estranhamento. Por sua vez, o COSEMS também deve responder  
1270 diretamente, porque recebeu um documento, com prazo inclusive, então seriam três documentos diferentes, um do COSEMS,  
1271 um da SESAB e outro da CIB. **Stela Souza** comentou que a única portaria que tinha lhe preocupado foi a das Câmaras Frias,  
1272 que foi pactuado em CIB que o recurso não iria para aqueles municípios, conforme estabelecido, e iria, em sua totalidade, para  
1273 o teto do estado, que assumiu o compromisso de o equipamento ser entregue aos quatrocentos e dezessete municípios. Trata-  
1274 se de uma câmara fria mais moderna, com valor maior, porque estava estabelecido, esse recurso entrou em dezembro de  
1275 2019, tem resolução CIB e por vários motivos que já foram colocados, até hoje essas câmaras frias não chegaram aos  
1276 municípios. **Rivia Barros** relatou que tinham ampliado o prazo para mais um ano, a licitação já está na fase final e  
1277 provavelmente esse problema seria resolvido este ano. **Raul Molina** lembrou que foi colocado recurso do estado como  
1278 contrapartida e **Rivia Barros** acrescentou que o prazo foi ampliado para o Brasil todo, porque o problema foi geral. **Vânia**  
1279 **Rebouças** lembrou que há dificuldade de o fornecedor entregar câmara fria para os quatrocentos e dezessete municípios, foi  
1280 um momento de pandemia, a SESAB fez uma licitação e o fornecedor, depois de assinar a FM, pediu reajuste de preço, o que  
1281 é impedimento, a PGE negou e esse processo corre judicialmente contra a empresa, que havia prometido as entregas,  
1282 chegando inclusive a traçar cronograma de entrega com o fornecedor que ganhou a licitação na ocasião e, diante dos  
1283 empecilhos, foi necessário iniciarem outro processo licitatório. Disse que ontem ocorreu pregão eletrônico, estavam tentando  
1284 fazer uma nova aquisição e, além das quatrocentas e dezessete câmaras frias, já foram incluídas também as outras de  
1285 recursos posteriores, para alguns municípios que foram contemplados com outras portarias a partir de 2020, de municípios  
1286 com mais de cem mil habitantes que receberam duas câmaras frias para cada um. Então tem municípios que serão  
1287 contemplados com mais câmaras frias, com recursos de outras portarias também descritas neste ofício, serão seiscentas  
1288 câmaras frias, sendo quatrocentas e dezessete iniciais e depois as outras. **Stela Souza** reiterou que será feito um documento,  
1289 mas gostaria de contar com a equipe da SUVISA, para saberem a situação dos municípios, ou seja, o documento tem que ser  
1290 conjunto, primeiramente verem a situação de perto e depois emitirem um documento, estranhando não apenas o enviado para  
1291 o COSEMS, como também para o estado, exemplificando que um município recebeu em 2012, para a Rede de Frio, cento e  
1292 oitenta mil reais, e agora o MS pede ao estado a prestação de contas, então deveria mandar para a Auditoria e não para a  
1293 SUVISA. **Vânia Rebouças** informou ainda que tem algumas pactuações de portarias em que tinha a opção de o estado fazer a  
1294 compra das câmaras frias para os municípios e foi essa a decisão na época, em 2019, citando Juazeiro e Cachoeira como  
1295 exemplo, que foram contemplados com recurso diretamente e esses, o estado não tem como prestar conta. A **Coordenadora**  
1296 lembrou que o prazo do dia 12 já passou, então precisavam atentar para isso e acrescentarem no documento que não é  
1297 factível cumprirem tal prazo, porque essa solicitação está no texto do ofício, amparado no pleito do Tribunal e Contas da União,  
1298 para o Ministério não se defender junto ao TCU informando que não eles aqui não tinham respondido. Informou que no  
1299 momento encerraria formalmente a reunião da CIB e iniciaria um diálogo de construção e entendimento a respeito de  
1300 vacinação COVID para menores de oitenta anos. **Raul Molina** perguntou se a vacina não seria uma pauta permanente, não  
1301 tendo que entrar como 'o que ocorrer', pois na sua concepção seria permanente desde o primeiro momento das reuniões  
1302 extraordinárias de vacina. A **Coordenadora** disse que poderia estar equivocada, mas compreendia que essa pactuação prévia  
1303 de que vacina seria pauta permanente foi encerrada aqui por decisão, lembrando que estavam desacostumados, e pela  
1304 compreensão de que tinham passado quase dois anos agindo dessa forma, tendo em vista que nos primeiros meses ainda não  
1305 havia vacina, mas quando passou a ter vacinas, passou a ser como pauta permanente. Recordou que cerca de quinze dias  
1306 depois dela assumir, foi decidido que deixaria de ser uma pauta permanente, mas o que estava propondo não traria nenhum  
1307 prejuízo, seria fazerem uma conversa, já que ainda não tem o elemento, e depois de feito um combinado não oficial, ser  
1308 assumido como uma resolução ad referendum, por ter ocorrido um diálogo prévio. Ressaltou que estava propondo isso  
1309 exatamente para preservar o que está previsto na normatização, que não prevê 'o que ocorrer', então não dava para sair uma  
1310 resolução CIB da 296ª Reunião Ordinária sobre um assunto que não está na pauta, isso que estava defendendo. **Raul Molina**  
1311 se desculpou por não lembrar que isso tinha sido aprovado e **Stela Souza** colocou que está havendo duas cobranças dos  
1312 municípios, então teriam que relevar, nem que fosse para publicar uma resolução ad referendum, pois estavam preocupados  
1313 com as vacinas vencendo e poucas pessoas vacinando. Sendo assim, agora seria apenas para abrirem mais discussão,  
1314 porque isso foi pactuado em CIB, mas ficou amarrado na resolução que precisaria da Nota Técnica do Ministério, daí a  
1315 emergência de trazerem essa conversa para poderem desamarrar isso, porque tem pessoas de 60 anos querendo tomar a  
1316 segunda dose de reforço e tem de oitenta anos não querendo mais tomar e a vacina ficando retida. Lembrou que a Bahia  
1317 brigou muito por vacina, foi até para a Justiça e agora não podiam deixar perder vacinas, porque seriam penalizados, hoje o

1318 Ministério Público já citou o percentual de vacinação, estão mandando muitas coisas, Rivia Barros já recebeu. Como não há  
 1319 mais 'o que ocorrer', o assunto não estava em pauta e não tendo pauta permanente de vacina, a proposta então é fazerem um  
 1320 combinado e publicarem uma resolução ad referendum, autorizando os municípios a fazerem a quarta dose, que é a segunda  
 1321 dose de reforço, para os acima de 60 anos. **Raquel Ferraz** lembrou que durante toda a pandemia ocorreram reuniões CIB  
 1322 extraordinárias de vacina e questionou por que não poderiam fazer uma convocação agora. A **Coordenadora** colocou que,  
 1323 mesmo as reuniões extraordinárias cumprem um rito para a legitimidade e a legalidade, mas não haveria problema em fazerem  
 1324 esse diálogo e proporem uma resolução ad referendum, pois tem quórum para isso. E sugeriu que Vânia Rebouças fizesse  
 1325 uma apresentação de cinco minutos e seguiriam, caso estivessem todos de acordo. **Vânia Rebouças** iniciou uma breve  
 1326 apresentação em *slides* com três tópicos, a pedido dos municípios, relatando que se trata de demandas recebidas diariamente  
 1327 e ressaltando que não podiam estagnar as ações de imunização no estado da Bahia. Mostrou no *slide* abaixo que o primeiro  
 1328 ponto é o segundo reforço para os idosos a partir de 60 anos e a proposta é que os municípios que tiverem estoque de  
 1329 imunizantes avancem na vacinação, ofertando um segundo reforço para sua população idosa a partir e 60 anos. Lembrou que  
 1330 na última CIB ficaram três requisitos para que este avanço pudesse ocorrer, sendo o primeiro a evidência científica, que já  
 1331 dispunham, a OMS já cita a necessidade e essa recomendação do segundo reforço para os idosos dessa faixa etária. O  
 1332 segundo critério é o estoque disponível nos municípios, e dezenas de municípios já estão preocupados com a data e validade  
 1333 dos seus imunizantes. E o terceiro ponto, a Nota do Ministério ampliando o segundo reforço para essa faixa etária. Relatou que  
 1334 não dispunham deste terceiro requisito e os municípios que cumprem com o pactuado, que não querem desobedecer a nada  
 1335 do que foi pactuado e estão impedidos de avançar, por não ter saído a Nota do Ministério autorizando esse segundo reforço. E  
 1336 o que estavam trazendo hoje é que a Bahia pudesse avançar na vacinação, ofertando o segundo reforço para sua população  
 1337 de até 60 anos, por ordem decrescente de idade, conforme disponibilidade dos imunizantes. Enfatizou que essa proposta que  
 1338 estavam trazendo considerava uma decisão sábia, pois ainda tem uma baixa cobertura de primeiro reforço, uma grande  
 1339 parcela da população ainda não retornou para fazer esse reforço, então precisavam também desenvolver estratégias eficazes  
 1340 e fazia o apelo aos gestores municipais, com relação à estrutura dos seus serviços de vacinação. Relatou que vinha recebendo  
 1341 reclamações, de maneira informal, de dezenas de municípios de diferentes locais, com relação à dificuldade de  
 1342 operacionalização e algumas estratégias de vacinação em alguns territórios, e chamou atenção também para o fato de que  
 1343 estão com baixa cobertura na faixa etária pediátrica de 5 a 11 anos e o estado tem milhares de imunizantes. Após o  
 1344 descongelamento, a validade da Pfizer pediátrica é de apenas dez semanas, nem tinham recebido ainda essa última remessa  
 1345 de segunda dose, porque a tinham pedido para assegurar. E já estavam no momento de remanejar doses entre municípios,  
 1346 para evitar perdas, pois tem sido registrada uma baixa adesão na vacinação das crianças de 5 a 11 anos no estado como um  
 1347 todo. Observou que, se para os demais imunizantes, avançando no segundo reforço para os idosos - pois já tem muitos idosos  
 1348 aguardando esse segundo reforço - resolveriam o problema para alguns imunizantes que são os dedicados à faixa etária dos  
 1349 adultos, para a faixa etária das crianças, Coronavac e mais especificamente Pfizer pediátrica, que tem o prazo de validade de  
 1350 apenas dez semanas após o descongelamento, é preciso pensar em estratégias para discutirem. Informou que chegou  
 1351 também um processo do Ministério Público, perguntando o que os gestores estão pensando e realizando em seus territórios  
 1352 para evitarem a perda de imunizantes, porque, existindo uma baixa adesão e se não fizessem nada, assumiriam o descarte na  
 1353 vacina que deveria estar sendo usada na população de 5 a 11 anos. Essas foram as pautas da vacinação Covid.




1366 Colocou mais um ponto, em relação ao Dia D de mobilização, previsto para 30 de abril, para as duas campanhas que estão em  
 1367 curso, explicando que, além da Covid, o Brasil está operacionalizando duas campanhas de vacinação, contra a Influenza e  
 1368 contra o Sarampo. Informou que para o Sarampo, os trabalhadores de saúde já estão sendo atendidos como público elegível,  
 1369 de forma indiscriminada e claro que para toda a população de até 59 anos, deviam atualizar as cadernetas de vacinação, mas,  
 1370 durante o mês de abril, os trabalhadores de saúde estão recebendo uma dose de vacina indiscriminada durante a campanha.  
 1371 No Dia D, que será 30 de abril, já vacinariam as crianças de seis meses a menores de 5 anos, também como público elegível  
 1372 da campanha de vacinação contra o sarampo, isso já consta no Informe Técnico da campanha, que continuará ocorrendo  
 1373 durante todo o mês de maio e só finalizará no dia 2 de junho. O que dispunham para influenza no momento é como público  
 1374 elegível nesta primeira etapa da campanha, os idosos a partir dos 60 anos, trabalhadores de saúde e a população indígena. O  
 1375 último dia é exatamente o dia D, 30 de abril, e estavam recebendo demandas de municípios informando que estão com sobras  
 1376 de vacinas nos municípios e perguntando se poderiam aproveitar o dia D e anteciparem a segunda fase da campanha, que  
 1377 seria apenas na segunda-feira, 2 de maio, e que atenderá os demais grupos prioritários da campanha de Influenza - os  
 1378 professores, pessoas portadoras de condições clínicas especiais, pessoas com deficiência, população privada de liberdade e  
 1379 todos os demais públicos prioritários. Este é o público elegível da segunda etapa no estado da Bahia, a partir do dia 30 de abril,  
 1380 que traziam para pactuarem aqui e, se fosse o caso, organizarem para que todos os quatrocentos e dezessete municípios  
 1381 pudessem operacionalizar de maneira padronizada no estado, no Dia D das campanhas de vacinação.

1382  
 1383  
 1384

1385  
1386  
1387  
1388  
1389  
1390  
1391  
1392  
1393  
1394  
1395  
1396  
1397  
1398  
1399  
1400  
1401  
1402  
1403  
1404  
1405  
1406  
1407  
1408  
1409  
1410  
1411  
1412  
1413  
1414  
1415  
1416  
1417  
1418  
1419  
1420  
1421  
1422  
1423  
1424  
1425  
1426  
1427  
1428  
1429  
1430  
1431  
1432  
1433  
1434  
1435  
1436  
1437  
1438  
1439  
1440  
1441  
1442  
1443  
1444  
1445  
1446  
1447  
1448  
1449  
1450  
1451

**Sobre Vacinação Campanha Influenza**

- Disponibilizar vacinas a partir do Dia D (30/04/2022) para todos os públicos elegíveis da campanha.





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



O terceiro ponto de vacinação é, além das duas campanhas em curso, tinham recebido uma recomendação do Ministério, ofertando vacina contra Meningite C para a Bahia, para se realizar uma intensificação vacinal no estado na população de até 19 anos, 11 meses e 29 dias. Essa intensificação vacinal visa fornecer uma única dose da vacina contra a Meningite C para a população dessa faixa etária, que não tem histórico vacinal da vacina com componente C, significando dizer que será mantido o calendário de vacinação da criança normalmente, fornecendo a vacina Meningite C para as crianças de 3 meses, 5 meses, o reforço com um ano de idade, lembrando que no calendário básico de vacinação esse reforço pode ser ofertado até 4 anos, 11 meses e 29 dias. Informou que no calendário básico de vacinação tem também a vacina ACWY, a ser oferecida para os adolescentes de 11 e 12 anos de idade, então, além da oferta do Calendário Nacional, no momento de intensificação ofertariam para a faixa etária que não está incluída nesse calendário básico, de 5 até 10 anos de idade e que não tem histórico vacinal da meningite C e estariam com essa possibilidade de ofertar essa dose da vacina, da mesma forma para a população de 13 a 19 anos, ofertando também a vacina da Meningite C.

- Realização de intensificação vacinal contra Meningite Meningocócica C, com indicação de atualização do calendário vacinal e indicação de dose única da Vacina Meningocócica C para não vacinados na faixa etária de 01 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, exceto adolescentes de 11 e 12 anos que tem indicação de dose única da vacina Meningite ACWY.
- Período: A partir de 02 de maio de 2022.




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



Considerou importante se pensar que a ação preventiva é com certeza um investimento e relatou que já existem casos de surto de Meningite no Brasil, não é o caso da Bahia, mas aqui já tem registro de três casos este ano, nos municípios de São Gabriel, Teixeira de Freitas e Salvador, com um óbito registrado, de um agravo que é prevenível por vacina. Então é melhor se pensar em ação estratégica para fazer a intensificação, antes de ocorrer um surto que pode ser prevenido com vacina. A proposta então é de começarem a partir do dia 2 de maio, coincidindo com a segunda etapa das duas campanhas que já estão em curso, que será também o momento de receberem doses do Ministério da Saúde, e já fazerem essa distribuição para os municípios, considerando que é uma vacina extremamente importante, está disponível na rede e que, apesar de todos os desafios que os gestores já têm no território, é muito melhor ter o desafio de vacinar, do que o desafio de enfrentar um surto de um agravo que pode ser prevenido por vacina. Em seguida a **Coordenadora** agradeceu a presença de todos, declarando encerrada a sessão e confirmando a próxima reunião ordinária para o dia 19 de maio de 2022, em horário a confirmar. Não havendo mais o que tratar, após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo da Secretaria Executiva da CIB (Silvana Salume) e sua revisão pelo seu 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, 20 de abril de 2021.

**Membros Titulares:**

Adélia Maria C. de Melo Pinheiro \_\_\_\_\_  
Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
Cássio André Garcia \_\_\_\_\_  
Rivia Mary de Barros \_\_\_\_\_  
Igor Lobão Ferraz Ribeiro \_\_\_\_\_  
Jerusa Marins Paes Coelho \_\_\_\_\_  
Décio Martins Mendes Filho \_\_\_\_\_  
Raquel Ferraz da Costa \_\_\_\_\_  
Jacklene Mirne Gonçalves Santos \_\_\_\_\_

**Membros Suplentes:**

Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_  
Rita de Cássia Silva Santos \_\_\_\_\_  
Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_  
Marcelo de Jesus Cerqueira \_\_\_\_\_  
Ernesto da Costa Lima Júnior \_\_\_\_\_  
Fábio Maia Prado \_\_\_\_\_  
Lívia Bomfim Mendes Aguiar \_\_\_\_\_