

Aos vinte e dois dias do mês de agosto 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 C. 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, Décio Martins Mendes Filho, Raquel Ferraz da Costa e dos suplentes, Maria Alcina Romero Boullosa, Rita de Cássia Silva Santos, Marcelo de Jesus Cerqueira e Fábio Maia Prado. A **Coordenadora** cumprimentou todos os presentes, agradeceu as flores presenteadas pelo COSEMS e deu as boas-vindas à mesa e a todos os Secretários Municipais de Saúde que acompanham presencialmente e na assistência remota, destacando transmissão e feita pelos canais de transmissão do COSEMS, devido à desativação dos canais do Estado, por força da legislação eleitoral. Cumprimentou a equipe técnica da SESAB, dos municípios e demais parceiros, destacando o Conselho Estadual de Saúde e Coordenadores dos Núcleos Regionais de Saúde. Passou a palavra para a **Coordenadora Adjunta** fazer sua acolhida, que cumprimentou os presentes e *on line*, e a Secretária, que prestigiou com sua presença a comemoração da 100ª Assembleia Geral Ordinária do COSEMS, agradecendo seu apoio. Às 14 horas e 55 minutos declarou aberta a sessão da 299ª Reunião Ordinária, e que a próxima será a 300ª e merece uma comemoração especial. A **Coordenadora** deu início à ordem do dia, submetendo à **aprovação as Atas das 17ª e 18ª Reuniões Extraordinárias de 2021**, que foram encaminhadas por e-mail aos membros da CIB e, não havendo manifestação contrária, foram **aprovadas à unanimidade**. **Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB**, lembrou o acordado no ano passado, quanto ao encaminhamento das atas CIR e CIB via SEI para os gestores vinculados à CIB e os representantes do Estado assinarem, tendo começado neste ano 2022, com intenção de incluírem as de 2020 e 2021. A **Coordenadora** reiterou esta informação e a **Coordenadora Adjunta**, informando já ter recebido e assinado, questionou sobre secretários que não estão mais no cargo e sem mais acesso ao SEI, e não teve discussão de como resolver. **Décio Martins, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e reforçou o colocado pela Coordenadora Adjunta. A **Coordenadora** considerou se fazer consulta formal à Assessoria Técnica, mas a regra é a autoridade que passa a ocupar o mesmo cargo é quem assina no momento, entretanto, caso se fosse necessário, tramitariam à Assessoria Técnica, para a sinalização desse procedimento. Colocou em apreciação e **houve consenso**. Dando seguimento, passou a palavra para a **Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles**, que efetuou a leitura das

Resoluções ad referendum:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
200/2022	22/06/2022	Aprova ad referendum as recomendações referentes à atualização da vacinação contra a COVID-19 no Estado da Bahia.
208/2022	28/06/2022	Aprova a descentralização, aos municípios com unidades prisionais em seus territórios, da execução da Assistência Farmacêutica Básica na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/PNAISP no âmbito do Estado da Bahia.
214/2022	30/06/2022	Aprova ad referendum a instituição de incentivo financeiro destinado aos hospitais filantrópicos de ensino com recursos do tesouro estadual.
216/2022	08/07/2022	Aprova ad referendum os remanejamentos dos recursos financeiros de média e alta complexidade estabelecidos na Portaria GM/MS Nº 1.425/2022, decorrente dos novos procedimentos de radioterapia alterados para tratamento por localização tumoral, sob gestão estadual.
217/2022	08/07/2022	Aprova ad referendum o remanejamento do recurso financeiro de média e alta complexidade estabelecidos na Portaria nº GM/MS nº 1.369/2022, referente a Triagem Neonatal, da gestão estadual para a gestão municipal de Salvador.
218/2022	09/07/2022	Aprova ad referendum a solicitação de habilitação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, do Hospital Santa Helena, em gestão municipal, no âmbito da Rede de Atenção ao Câncer do Estado da Bahia, no município Jequié.
219/2022	09/07/2022	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).
222/2022	20/07/2022	Aprova ad referendum as recomendações referentes à atualização da vacinação contra a COVID-19 no Estado da Bahia.

Após a leitura, a **Coordenadora** submeteu aos membros a **ratificação das Resoluções Ad Referendum** e, como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovadas à unanimidade**. Em seguida **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados para **Informes: 1. Secretaria Executiva da CIB e SAIS/DAB: 1.1 Comunicado sobre Credenciamentos solicitados ao MS:**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF	Sento Sé
	02 ESF	Santaluz
	02 ESF	Teofilândia
	07 ESF	Vitória da Conquista
ESB – Equipe de Saúde Bucal	03 ESB Modalidade I	Sento Sé
	05 ESB Modalidade I	Cícero Dantas
	13 ESB Modalidade II	Casa Nova
	02 ESB Modalidade 1 (40h)	Santaluz
	03 ESB Modalidade I (40h)	Vitória da Conquista
ACS – Agentes Comunitários de Saúde	06 ACS	Itaparica
	13 ACS	Capim Grosso
	15 ACS	Sento Sé

EAP – Equipe de Atenção Primária	01 EAP	Capim Grosso
	01 EAP	Sento Sé
	01 EAP	Mucuri
	11 EAP	Vitória da Conquista
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Ibipeba
ACDS – Academia da Saúde	01 Polo ACDS	Santanópolis
	02 Polos ACDS	Euclides da Cunha

1.2 Os municípios Heliópolis e Coronel João Sá informam solicitação ao MS de incentivo financeiro de custeio para Polos do Programa Academia da Saúde. 2. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES: 2.1. 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental. Maria Luiza Campelo, Secretária Executiva do COSEMS e representante da Mesa Diretora do CES, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação em slides, mostrando o Panorama da Conferência Estadual de Saúde e a Linha do Tempo com várias resoluções que vieram mudando etapas e aprovando várias situações sobre a Conferência.



Panorama da Conferência Estadual de Saúde Mental

Salvador
2022

5ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DA BAHIA
09 A 11 DE AGOSTO DE 2022

LINHA DO TEMPO

Resolução CNS 652/2020 Dezembro de 2020	• Convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde
DECRETO Nº 20.991/2021 Dezembro de 2021	• Convocação da II Conferência Estadual de Saúde
Resolução CES Nº 006/2021 Dezembro de 2021	• Convocação da 5ª Conferência Estadual de Saúde
Resolução CNS 668/2022 Janeiro de 2022	• Prorrogação das etapas da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental
Resolução CES 05/2022 Março de 2022	• Prorrogação das etapas da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental
Resolução CES 06/2022 Março de 2022	• Regimento da 5ª Conferência Estadual de Saúde

PENDÊNCIA: Retificação do Decreto do Governador de II Conferência de Saúde Mental para 5ª Conferência de Saúde Mental.

A Portaria 533/2022 convoca a Conferência para acontecer na semana passada, mas, com o Congresso do CONASEMS e vários outros pleitos das regiões, muitas conferências livres acontecendo, foi aprovado pelo pleno do CES sua realização de 9 a 11 de agosto. No slide seguinte, o Cronograma com a Etapa Estadual, para os dias 09, 10 e 11 de agosto e a Etapa Nacional, que também sofreu alteração e passou para 2023, ainda sem data aprovada. Nos próximos slides, o cenário da Conferência e as Etapas Municipais dos quatrocentos e dezessete municípios. Duzentos e cinquenta e cinco municípios realizaram conferências municipais, correspondendo a 61% dos municípios baianos.

LINHA DO TEMPO

Resolução CES Nº 008/2022 Abril/2022	• Orientações aos CMS referente à realização da etapa municipal da 5ª CESH
Resolução Nº 009/2022 Abril/2022	• Prorrogação das etapas Macrorregional e da Etapa Estadual da 5ª CESH
Resolução CES Nº 010/2022 Maio/2022	• Alteração da data da Etapa Estadual da 5ª Conferência de Saúde Mental do Estado da Bahia
Portaria 533/2022 Julho/2022	• Convoca a 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental da Bahia - 5ª CESH, a ser realizada no período de 09 a 11 de agosto de 2022


CRONOGRAMA

ETAPAS	DATAS
ETAPAS PREPARATÓRIAS como: Conferências Livres, Plenárias, Oficinas	Outubro de 2021 até o início das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais;
ETAPA MUNICIPAL	01 de novembro de 2021 a 15 de março de 2022
ETAPA MACRORREGIONAL	16 de março a 30 de abril de 2022
ETAPA ESTADUAL	09, 10 e 11 de Agosto de 2022
ETAPA NACIONAL	2023

Cenário da Conferência de Saúde Mental

- Conjuntura Nacional, movimento de desmonte do SUS
- Pandemia COVID-19
- Processo Eleitoral do CES-BA
- Enchentes na Bahia dezembro/2021 a janeiro/2022
- Convocatória para Conferência Temática de Saúde Mental e Movimento para Conferência de Saúde em um período complexo com relação as questões de saúde, sociais, econômicas e políticas
- Retrocessos das conquistas da Reforma Sanitária Brasileira
- Movimentos manicomial, hospitalocêntricos, privatista; precarização dos vínculos dos profissionais

ETAPAS MUNICIPAIS



61% dos municípios baianos realizaram Conferência de Saúde Mental

255 municípios realizaram CESH

417 Municípios

■ TOTAL DE MUNICÍPIOS BAIANOS ■ MUNICÍPIOS QUE REALIZARAM CONFERÊNCIA

Foram nove Conferências Macrorregionais para as Etapas Regionais realizadas, um total de quinhentos e cinco delegados eleitos e cento e oito propostas eleitas para a Etapa Estadual. Em seguida mostrou algumas propostas que sempre vêm, da Luta Anti Manicomial, como o aumento do financiamento na Saúde Mental, a instituição da Política de Educação Permanente em Saúde Mental e com as populações vulneráveis, implantação da rede de acolhimento psicológico para os profissionais, revisão das normativas da Política Nacional, atualização da RENAME para oferta de medicamentos psicotrópicos, ampliação da política de atenção e cuidado para a prevenção e combate ao suicídio, construção de uma linha de cuidado específica em Saúde Mental para infância, adolescência e juventude e implementação da política de redução de danos com garantia de fortalecimento de 5% de leitos nos hospitais para as demandas necessárias.

89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149



PRINCIPAIS PROPOSTAS

- Garantia das conquistas da Luta Anti Manicomial
- Aumentar o financiamento da saúde mental, para ampliação dos serviços da RAPS, ampliação da equipe mínima, elenco de medicamentos, materiais para grupos e oficinas, reabilitação psicossocial, e destinação específica para as ações da atenção básica.
- Instituir Política de Educação Permanente em saúde mental que contemple profissionais de saúde, usuários, familiares e conselheiros de saúde em territórios com povos tradicionais (indígenas, ciganos, quilombolas, etc) e LGBTQIAPN+.
- Implantar rede de acolhimento psicológico para os profissionais de saúde que trabalharam direta ou indiretamente na linha de frente do combate ao COVID-19, garantir o retorno do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e implementar apoio matricial dos profissionais de saúde mental para as equipes de atenção primária.

PRINCIPAIS PROPOSTAS

- Revisão das normativas da Política Nacional de Saúde Mental, de modo que possibilite a implantação dos equipamentos da RAPS de acordo com a necessidade local, tendo a garantia do financiamento de forma tripartite.
- Garantir a atualização da RENAME de forma anual na oferta de medicamentos Psicotrópicos.
- Ampliar política de atenção e cuidado para a prevenção e combate ao suicídio.
- Construir uma linha de cuidado específica em saúde mental para infância, adolescência e juventude, pautada na autonomia e direitos humanos.
- Implementação da política de redução de danos, com garantia e fortalecimento de 5% de leitos nos hospitais gerais para as demandas em saúde mental, com qualificação das ofertas infra estrutural e profissional.



Em seguida mostrou fotos das Conferências nas regiões e da Plenária de Luta Antimanicomial, até o início de agosto ainda discutiriam muito e esperavam que todos participassem dessa Conferência, que será um momento muito importante.




150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211



Dando seguimento, **Nanci Salles** colocou o próximo ponto, os **Informes: 3. APG/COPLAN: 3.1. Cronograma de monitoramento, online, Sistema DigiSUS. Maria Aparecida dos Santos, Suzy, Coordenadora da COPLAN**, cumprimentou a todos, relatando o que está sendo feito este ano, principalmente em função dos PMS 2022/2025, e o monitoramento e acompanhamento da elaboração dos planos 2018/2021 ainda sem concluídos, de 2022/2025 só cento e quinze planos aprovados, quando em março deveriam ter os quatrocentos e dezessete, onze planos em análise no Conselho, cento e seis em elaboração, cento e oitenta e dois ainda não iniciados e três que retornaram para ajustes. Já tendo havido um primeiro momento de monitoramento, mostrou o calendário do segundo momento, para se organizarem com os municípios que participarão, está sendo *online* e poderia ser revisto caso, precisassem de alguma flexibilização, tendo sido elaborado de modo a atender a todos. Reiterou que está sendo feito esse ciclo de monitoramento, em novembro ocorrerá outro, para apoiar os municípios na elaboração dos Planos. O cronograma, por macrorregião: Leste - 16 e 19; Centro-Leste - 17, 18 e 22; Nordeste - 10 e 19; Centro-Norte - 18; Sul - 8 e 9; Sudoeste - 11 e 22; Extremo-Sul - 15 e 17; Oeste - 11 e 12; Norte 9 e 10. Serão 15 a 16 dias de monitoramento e em novembro voltarão a monitorar, assim, pedia o apoio dos núcleos, das bases e dos coordenadores para mobilizarem os municípios.

II MONITORAMENTO PMS 2022 -2025 ONLINE



Público – alvo:

Gestor e/ou técnico
municipal e
Conselheiro (a)
Municipal de Saúde

CRONOGRAMA

MACRORREGIÃO LESTE	
16/08 às 09:00 horas	Salvador Camaçari
16/08 às 14:00 horas	Cruz das Almas
19/08 às 09:00 horas	Santo Antônio de Jesus
MACRORREGIÃO CENTRO LESTE	
17/08 às 09:00 horas	Seabra
18/08 às 09:00 horas	Itaberaba
22/08 às 14:00 horas	Serrinha
18/08 às 09:00 horas	Feira de Santana
MACRORREGIÃO NORDESTE	
10/08 às 09:00 horas	Alagoinhas
19/08 às 09:00 horas	Ribeira do Pombal
MACRORREGIÃO CENTRO NORTE	
18/08 às 14:00 horas	Jacobina
18/08 às 14:00 horas	Irecê
MACRORREGIÃO SUL	
08/08 às 14:00 horas	Ilhéus
08/08 às 14:00 horas	Itabuna
09/08 às 09:00 horas	Jequié
09/08 às 09:00 horas	Valença
MACRORREGIÃO NORTE SUDOESTE	
22/08 às 14:00 horas	Vitória da Conquista
11/08 às 09:00 horas	Brumado e Boquira
11/08 às 09:00 horas	Guanambi e Caetité
11/08 às 14:00 horas	Itapetinga
MACRORREGIÃO EXTREMO SUL	
17/08 às 09:00 horas	Teixeira de Freitas
15/08 às 14:00 horas	Porto Seguro
MACRORREGIÃO OESTE	
11/08 às 14:00 horas	Barreiras
12/08 às 09:00 horas	Santa Maria da Vitória
12/08 às 09:00 horas	Ibotirama
MACRORREGIÃO NORTE	
09/08 às 14:00 horas	Juazeiro
09/08 às 14:00 horas	Bonfim
10/08 às 09:00 horas	Paulo Afonso

Importante está de posse do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 em formato digital e/ou impresso

212 Dando seguimento, **Nanci Salles** passou à leitura dos expedientes encaminhados para **Homologação: 1.**
 213 **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/DAE E GCE: 1.1**
 214 **Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Serrinha	Hospital Municipal Serrinha	2801914	10.984.916.0001.86	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
Euclides da Cunha	Centro de Especialidades de Euclides da Cunha	7077041	13.698.774/0001-80	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
Antônio Gonçalves	Unidade de Saúde Mãe Julia	2799944	13.908.728/0001-68	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
Mairi	Policlínica Nossa Senhora das Dores	2801914	14.212.872/0001-28	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
São Domingos	Hospital São Domingos	4032101	16.435.547/0001-50	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
Tucano	Hospital Mariana Penedo	2814056	13810312/0001-02	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia

215 **2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação**
 216 **do Hospital Regional Costa do Cacau como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e**
 217 **Ortopedia – código: 25.01, em Gestão Estadual:**

GESTÃO ESTADUAL					
ESTABELECIMENTO	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO	CÓDIGO SERVIÇO/ CLASSIFICAÇÃO
Hospital Regional Costa do Cacau	13.937.131/0001-41	9388133	Ilhéus	25.01 - Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia	Serviço de Traumatologia – código 155/001
					Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência – código 155/003

218 **2.2 Aprova a substituição de habilitação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em**
 219 **Neurologia/Neurocirurgia do Hospital Geral Luiz Viana Filho, pela Unidade de Assistência de Alta Complexidade em**
 220 **Neurologia/Neurocirurgia do Hospital Regional Costa do Cacau, no Município de Ilhéus – Bahia, em gestão estadual.**
 221

HABILITAR					
GESTÃO ESTADUAL					
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO	CÓDIGO SERVIÇO/ CLASSIFICAÇÃO
Hospital Regional Costa do Cacau	13.937.131/0001-41	9388133	Ilhéus-Ba	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/ Neurocirurgia – código: 16.01	105/001 - Neurocirurgia do Trauma e Anomalias do Desenvolvimento;
					105/002 - Coluna e Nervos Periféricos
					105/003 - Tumores do Sistema Nervoso;
					105/004 - Neurocirurgia Vascular;
					105/005 - Tratamento Neurocirúrgico da Dor e Funcional.

DESABILITAR					
GESTÃO ESTADUAL					
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO	CÓDIGO SERVIÇO/ CLASSIFICAÇÃO
Hospital Geral Luiz Viana Filho	13937131/0002-22	2415844	Ilhéus-Ba	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/ Neurocirurgia – código: 16.01	105/001 - Neurocirurgia do Trauma e Anomalias do Desenvolvimento;
					105/002 - Coluna e Nervos Periféricos
					105/003 - Tumores do Sistema Nervoso;
					105/004 - Neurocirurgia Vascular;
					105/005 - Tratamento Neurocirúrgico da Dor e Funcional.

222 **2.3 Habilitação do Hospital Santa Izabel em – UNACON com Serviço de Pediatria – código 17.09, em Gestão Municipal:**

HABILITAR					
GESTÃO MUNICIPAL					
ESTABELECIMENTO	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO	ABRANGÊNCIA
Hospital Santa Izabel	15.153.745/0002-49	0003832	Salvador	17.09 – UNACON com Serviço de Pediatria	Macrorregiões Leste, Oeste, Nordeste e Norte

224

225
226
227

2.4 Habilitação da PREV MAIS SAÚDE em Laboratório Tipo I em Citopatologia na prevenção do Câncer de Colo do Útero (Qualicito), e Desabilitação do Laboratório de Citopatologia Especializado, ambos no município de Alagoinhas - BA, sob Gestão Municipal:

HABILITAR				
GESTÃO MUNICIPAL				
ESTABELECIMENTO	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
PREV MAIS SAÚDE	41.517.569/0001-06	0890146	Alagoinhas	Laboratório Tipo I em Citopatologia na prevenção do Câncer de Colo do Útero (Qualicito)

228

DESABILITAR				
GESTÃO MUNICIPAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Laboratório de Citopatologia Especializado	04.885.924/0001-73	2650029	Alagoinhas	Laboratório Tipo I em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito)

229
230

2.5 Habilitação de 10 leitos de UTI Adulto Tipo II, do Hospital Municipal de Caetité, no Município Caetité - Ba, em Gestão Estadual:

DESABILITAR				
GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Hospital Municipal de Caetité	13.811.476/0001-54	7319770	Caetité	10 leitos de UTI Adulto Tipo II

231
232
233

2.6 Habilitação de 10 leitos de UTI Adulto Tipo II, da NEUROCCOR, no Município Porto Seguro - BA, em Gestão Estadual:

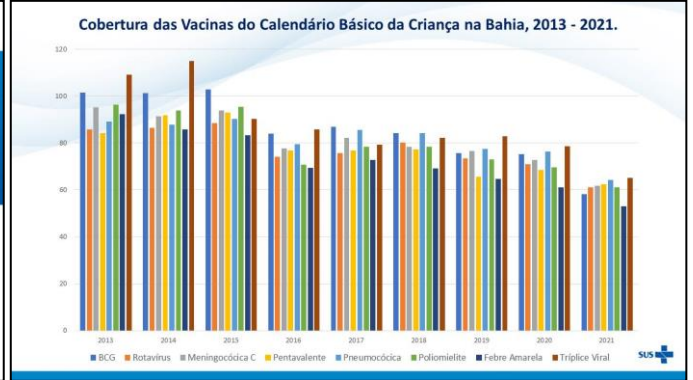
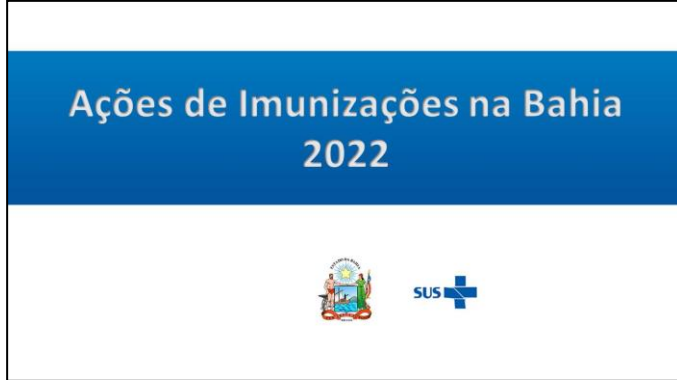
HABILITAR				
GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
NEUROCCOR	12.509.891/0001-95	6659772	Porto Seguro	10 leitos de UTI Adulto Tipo II

234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266

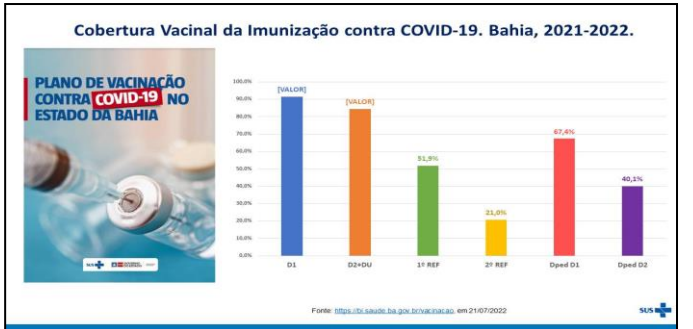
Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB, cumprimentou a todos, esclarecendo que os itens 2.5 e 2.6 são habilitação dos dois, não tendo desabilitação, e comentou que essa pauta da DICON faz uma interface com uma das pautas do Grupo Condutor que é a do remanejamento de leitos e depois ficaria mais claro, com a apresentação. A **Coordenadora** submeteu aos membros os pontos encaminhados de **homologação para aprovação** e, como não houve nenhuma manifestação, **foram aprovados à unanimidade**. Dando seguimento, passou para os pontos de **Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DVEP: 1.1 Coberturas Vacinais (Rotina, Influenza e Covid – 19); 1.2 Campanhas de Vacinação (Influenza, Covid – 19, antirrábica para Cães e Gatos e Multivacinação). Vânia Reboças, Coordenadora de Imunização da DIVEP/SUVISA**, cumprimentou a todos, colocou que a pauta ainda é de extrema relevância, sendo necessário contar com a parceria de todos os gestores que podem continuar avançando nas ações de imunização. Falou sobre as coberturas vacinais no estado, relatando que trazia uma série histórica de 2013 a 2021, os dados de 2022 ainda não estão atualizados, por isso não trouxera. Observou, ao longo dessa série histórica, a queda nas coberturas vacinais de todos os imunobiológicos disponíveis para o calendário da criança e não podiam permitir que esse cenário continuasse com essa tendência de queda, que piorou ainda mais com a pandemia, precisavam resgatar as elevadas e homogêneas coberturas vacinais que garantiram o controle, a eliminação e a erradicação de agravos imuno preveníveis no território. Comentou que se costuma dizer que as vacinas têm sido vítimas do seu próprio sucesso, por serem famosas para conterem um surto e, ao longo da última década, observavam o esquecimento desses imunizantes, que são tão importantes para que esses agravos não venham a ser um transtorno no nosso estado, a exemplo do que vinham enfrentando, com surtos de sarampo de vez em quando, e citou uma matéria publicada ontem, sobre a possibilidade da reinserção de agravos que são completamente preveníveis por vacina. Então estava trazendo este gráfico chamando atenção de que é preciso intervir nas causas desse problema de maneira eficaz e pensar de que maneira é possível contribuir para reverter isso, precisavam investir em ações estratégicas relevantes e eficazes para melhorar esses dados. Iniciou a apresentação em *slides*, informando em relação à vacinação contra a COVID, que já foram distribuídos mais de trinta e cinco milhões de doses no estado e aplicadas quase trinta e dois milhões de doses, uma diferença, nos nossos sistemas de informação, de quase 10% entre o que foi distribuído e o que foi aplicado. Observou que tem perda técnica de vacina, mas tem muitos dados que ainda não foram lançados no sistema e é preciso que todos os municípios lancem nos dois sistemas, no sistema consolidado de doses agregadas, que é o nosso BI, e o estado tem uma gestão direta sobre este sistema, contando com a gestão direta de todas as secretarias do estado, por isso estava trazendo esse apelo para alimentarem regularmente esse sistema, que é o que se tem governabilidade. Lembrou que tem também um sistema que infelizmente não tinham governabilidade em relação aos comandos de acesso e aos relatórios das doses aplicadas e que hoje está sob gestão do Ministério da Saúde da Saúde, e que é preciso todos fazerem sua parte, alimentando os dados, mas às vezes esses dados têm subido tardiamente, por isso que mantinham o do estado, porque conseguiram acessar e intervir no território de maneira mais imediata e em tempo oportuno. Mostrou a cobertura vacinal, observando, em relação à primeira dose da vacina, que 91,4% das pessoas elegíveis já iniciaram o esquema vacinal, da população elegível, somente 84,4% concluíram o esquema primário de vacinação preconizado e, em

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
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333

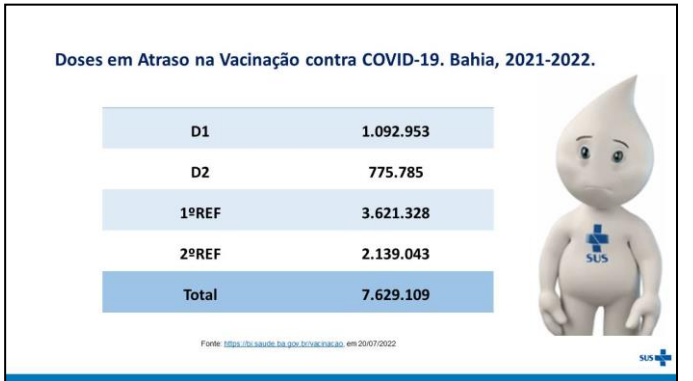
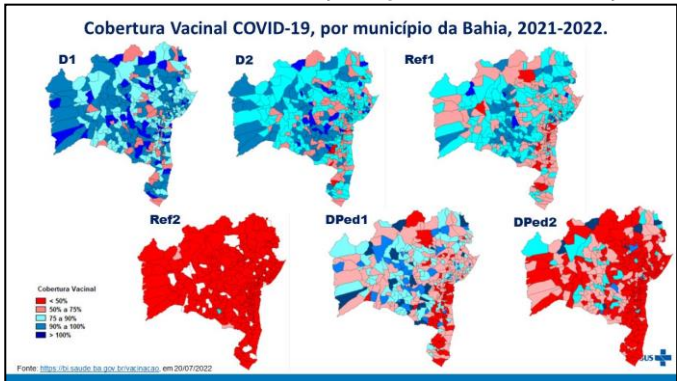
relação ao primeiro reforço, somente 51,9% realizou seu primeiro reforço, que é indicado para quatro meses após a conclusão do esquema primário.



Disse que a novidade é que já tem o segundo reforço, com publicação na resolução ad referendum dessa semana, exatamente para a possibilidade de os municípios avançarem na vacinação, porque tem imunizantes na Central Estadual, são mais de um milhão de doses da vacina AstraZeneca, que podem ser utilizadas para segundo reforço. Inicialmente estavam vacinando a população de 40 anos ou mais, mas os municípios estão autorizados a avançarem na vacinação gradativamente, por ordem regressiva de idade, assim, os municípios já podem começar a fazer as chamadas e irem avançando por ordem regressiva de idade, pois precisavam garantir a vacinação do público do estado. Em relação às doses pediátricas, informou também outra novidade, publicada na resolução ad referendum, que as crianças de 3 e 4 anos estão elegíveis para a vacina Coronovac. Em relação ao público de crianças de 5 a 11 anos, 67,4% já tomaram a primeira dose, mas precisam tomar a segunda, é preciso melhorar essa cobertura e garantir a segunda dose em tempo oportuno, lembrando que tem dois imunizantes para a faixa etária pediátrica de 5 anos ou mais.



Mostrou no slide que segue os mapas, observando que, quanto mais azul, melhor a cobertura vacinal, e mostra a imagem dos quatrocentos e dezessete municípios e cada município se enxergará no mapa, em relação ao estado. O Gráfico mostra a D1 e a D2, o estado está bem no primeiro reforço que já começa a piorar um pouco no segundo reforço, então praticamente a Bahia toda está com cobertura abaixo de 50%. Na D2 também tem um cenário assim, os municípios em branco são os que não registraram, não fizeram repasse dos dados. Isso também é um alerta, porque estão vacinando, mas não estão alimentando o sistema que é tão importante para fazerem esse acompanhamento. Fazendo uma análise da quantidade de doses que já podiam ter sido aplicadas em pessoas elegíveis e que não foram aplicadas ainda na Bahia, dá um total de mais de sete milhões de doses, pessoas que ainda não compareceram para tomar sua primeira dose são mais de um milhão, pessoas que ainda não voltaram para tomar a segunda dose são mais de cento e setenta e cinco mil, pessoas que ainda não voltaram para fazer seu primeiro reforço, ou seja, estão elegíveis, mas ainda não compareceram, são mais de três milhões e seiscentas mil, para o segundo reforço aumenta ainda mais, porque agora já tem um público que já podem avançar por ordem regressiva de idade, mas nesse retrato somente os de 40 anos ou mais que já estavam elegíveis há mais tempo, e aí mais de dois milhões já poderiam ter feito seu segundo reforço. No total, mais de sete milhões de doses aplicadas e quanto mais se atualizam o esquema vacinal, mais se conferirá proteção, não apenas individualmente, mas principalmente para coletivamente, daí a importância da tentarem avançar e garantirem a atualização de esquemas.



Em seguida mostrou a rotina da COVID e como está a campanha da influenza na Bahia, que começou em abril e já foi aberta para o público em geral, informando que o sistema está disponível até o dia 30 de setembro para o lançamento e que está sobrando doses de vacina contra influenza nos territórios, porque a cobertura estadual é baixíssima, 58,1%. Observou que, ao longo da série histórica, esse foi o pior ano em relação à cobertura vacinal da influenza no estado, então é preciso repensarem as estratégias e identificarem de que maneira investir para melhorar e reverter esse cenário. Lembrou que no final do ano passado teve o surto de Influenza com a nova cepa que está nessa nova vacina, a vacina cobrindo o que causou tanto transtorno para a população no final do ano passado, está disponível para a população em geral e ainda assim não tinham conseguido avançar na vacinação de Influenza no estado. Fazia esse apelo aos gestores, pois o imunizante está disponível na rede, os quatrocentos e dezessete municípios estão abastecidos em sua grande maioria e estão com esse retrato de baixa cobertura vacinal, lembrando que a vacina contra influenza está disponível para qualquer pessoa a partir de seis meses de idade. São setenta e nove municípios com cobertura vacinal menor que 50%, ou seja, quase 20% dos municípios e se os municípios estão ruins, o estado como um todo está com essa performance. No *slide* seguinte mostrou uma análise da campanha contra Sarampo desse ano, que vigente até o mês de junho, o sistema de registro ainda está aberto para lançamento e na Bahia tem como público elegível crianças e os trabalhadores de saúde, mais de um milhão de pessoas deveriam fazer a vacina contra o Sarampo, foram distribuídas mais de meio milhão de doses e na avaliação da cobertura das crianças só tem 43,2% com esquema atualizado, mais uma preocupação, pois acende o alerta para a possibilidade de novos surtos no estado e estavam no momento de trabalhar para eliminar o Sarampo do país. E com essa baixa cobertura vacinal o risco aumenta muito, são oitenta e seis municípios com cobertura menor que 30% e cento e vinte e nove municípios com cobertura menor que 50%. A vacinação contra o Sarampo está disponível na rede para todo público, conforme o calendário básico de vacinação, sendo recomendada duas doses para a população de menores de 30 anos e uma única dose para a população de 30 a 59 anos, lembrando que, para trabalhador de saúde, independentemente da idade, o esquema recomendado é duas doses, que valem para a vida inteira, não precisando fazer dose de reforço, pois trata-se de uma vacina de vírus vivo atenuado.



Nos *slides* seguintes mostrou alguns recortes importantes da Resolução CIB ad referendum publicada essa semana, incluindo o público de 3 a 5 anos para fazer uso da vacina Coronavac e orientando os municípios a iniciarem a vacinação dessas crianças conforme os estoques disponíveis da vacina Coronavac nos seus territórios. Relatou que já estão fazendo uma análise e enviando para as Centrais Regionais, para garantirem um quantitativo suficiente para atender pelo menos 10% das crianças, tendo em vista que o Ministério da Saúde ainda não enviou nova remessa de doses de Coronavac para esse público e estavam trabalhando com a Coronavac para o público elegível anteriormente. Desse modo, atenderiam com os estoques já existentes, alguns municípios têm mais estoque, outros têm menos e os que ainda não têm estoques receberão os 10%, o que tinham conseguido para poderem avançar a vacinação nos quatrocentos e dezessete municípios com os estoques que tinham conseguido também captar nas Regionais de Saúde e na Central Estadual. Informou que Ministério da Saúde faz questão de alertar aos municípios e aos estados para que os estoques disponíveis sejam reservados para segunda dose desse público, porque ainda não tem previsão de envio de nova remessa de doses, e para a possibilidade do avanço do segundo reforço para a população elegível, as pessoas que já estiverem com quatro meses do primeiro reforço estarão habilitados para fazer o segundo reforço, o município terá que analisar seu estoque de imunizantes e fazer a chamada em ordem regressiva de idade, lembrando que as Centrais Regionais recebem semanalmente as vacinas de COVID da Central Estadual, conforme o levantamento da necessidade de todos os municípios. As vacinas estão sendo enviadas regularmente e no momento tem na Central Estadual mais de um milhão de doses da vacina AstraZeneca, que é o imunizante que pode ser aplicado para fazer essa dose de reforço. E no outro *slide*, a recomendação das ações estratégias de vacinação, *drive-thru*, horários flexíveis para oferta da vacina, os dias D de vacinação no final de semana, realização da busca ativa da população não vacinada, vacinação em domicílio para pessoas que têm dificuldade de se deslocar para a unidade de saúde, vacinação nas escolas e outras instituições de ensino, campanha de divulgação em mídias sociais. Acrescentou que cada município tem sua estratégia de comunicação, no interior é muito comum a rádio comunitária para a divulgação, em outros municípios o carro de som é eficaz, depende muito da realidade de cada território, o importante é que os gestores invistam no veículo de comunicação mais eficaz, a fim de sensibilizar sua população e informar também sobre a importância do avanço nas vacinações, e a vacinação itinerante em pontos estratégicos. Essas são algumas ações que podem ser feitas, inclusive vinha recebendo o compartilhamento de algumas experiências exitosas de municípios que vêm se destacando na realização de ações como essas e avançando na vacinação do seu território. Seguindo com os *slides*, mostrou a necessidade da intensificação vacinal contra Meningite C, pois já tem relatos de surtos em alguns estados, a vacina já está disponível na rede, no mês passado foi mandado 20% da população de trabalhadores de saúde, os municípios também recebem regularmente a vacina Meningite C para atender seu público de rotina e na Bahia foi ampliada a vacinação para o público de menores de 20 anos. Assim, pessoas até 19 anos, 11 meses e 29 dias poderão estar elegíveis para a vacinação da meningite, mas a vacinação para esse público é seletiva, é preciso observar se já fez ou não a vacina, se já fez, não precisa fazer novamente, mas se não fez ainda, tem vacina disponível na rede e o usuário precisa saber disso, os gestores e os serviços de saúde também, porque se não tiver essa informação perde-se oportunidade de vacinação. É preciso informar a população já tem informação de um serviço que foi procurado por

401 um usuário para a vacina contra a Meningite C e o serviço não estava ciente, daí a importância de capacitar os profissionais da
 402 rede e investir no nosso pessoal que está atendendo nos serviços de vacinação. E também a vacinação indiscriminada, pois
 403 todos são elegíveis, todos os trabalhadores de saúde, independentemente do histórico vacinal, devem fazer a dose da
 404 Meningite C. Observou que na Bahia são mais de trezentos e setenta mil trabalhadores de saúde, até o momento foi mandado
 405 20% doses da vacina, estavam mandando mais 30% e mandariam o restante a depender da demanda apresentada, porque
 406 tem vacina sobrando na rede, pois o público ainda não está se vacinando e serão enviadas novas remessas à medida que as
 407 coberturas vacinais forem avançando. Enfatizou como mais um desafio o abastecimento irregular da vacina BCG,
 408 considerando que, diante de um cenário de baixas coberturas vacinais, que não tem desabastecimento de nenhum outro
 409 imunizante, às vezes o gestor acha que a cobertura vacinal está ruim porque faltou vacina e não é o caso, mas neste momento
 410 estava registrando um abastecimento irregular do imunizante BCG, lembrando que essa vacina é recomendada para o recém-
 411 nascido, o ideal é ser aplicada nas primeiras doze horas de vida, ainda na maternidade. Mostrou no outro *slide* que, nesse
 412 momento de abastecimento irregular da BCG, é preciso algumas estratégias, uma delas é fortalecer ainda mais as parcerias
 413 com maternidades para a vacina ser administrada nessas instituições, observando que após ser aberto um frasco da BCG, só
 414 tem validade por seis horas e o frasco tem vinte doses. Dessa forma, ao abrir um frasco em uma unidade de saúde da família
 415 na zona rural do interior do Estado, é impossível de aparecerem vinte recém-nascidos em seis horas, ou seja, haverá uma
 416 perda técnica importante, neste momento precisavam mobilizar os esforços para otimizar a quantidade de doses utilizadas por
 417 frasco de vacina, para não faltar. Relatou que o estado vem recebendo aproximadamente quarenta e cinco mil doses e nascem
 418 vinte mil crianças por mês, ou seja, não se pode descartar mais de dez doses por frasco de vacina, porque faltará e para não
 419 faltar é preciso definir algumas estratégias, isso é temporário e provavelmente até o final do ano será preciso lançar mão
 420 dessas estratégias. Outras estratégias são a definição de unidades de referência no município para a administração regular da
 421 vacina BCG, pois é melhor que o município tenha certeza de que a vacina vai estar disponível na unidade e ter o fluxo
 422 direcionado para lá, a fim de que, ao abrir o frasco, possa utilizar o máximo de doses possíveis. A definição de um ou dois dias
 423 específicos por semana para aplicação da vacina BCG, citou como exemplo Salvador, que tem muitas unidades com fluxo
 424 muito intenso e duas unidades não dariam conta, então é preciso definir isso no território, de acordo com a realidade de cada
 425 município, mas cada um deve ter pelo menos uma unidade de referência. O agendamento também com intervalo máximo de
 426 uma semana pelo menos, que o município possa oferecer uma agenda semanal, porque se por algum motivo a vacinação não
 427 acontecer na maternidade, que haja uma agenda para a criança ser atendida ainda na sua primeira de semana de vida sem
 428 nenhum atraso maior. A seguir, mostrou neste *slide* que a Campanha Nacional de vacinação contra a Poliomielite e a
 429 Multivacinação para atualização da caderneta de vacinação da criança e do adolescente acontecerá no período de 8 de agosto
 430 a 9 de setembro e o Dia D no dia 20 de agosto, enfatizando a importância da participação e do envolvimento de todos os
 431 gestores, pois o desafio é reverter esse cenário de baixas coberturas vacinais. Informou que serão oferecidas todas as vacinas
 432 do calendário, porque todas estão com baixa cobertura, lembrando que atualizar a caderneta de vacina da criança e do
 433 adolescente é um dever de todos os entes, todas as esferas precisam se mobilizar para isso e convocar a responsabilidade
 434 dos pais e responsáveis para essa vacinação.

Resolução CIB Nº 222/2022

- ✓ I - A inclusão do público de 3 a 5 anos com vacina Coronavac, conforme estoques disponíveis, iniciando preferencialmente pelas crianças com condições clínicas especiais, incluindo as imunossuprimidas.
- ✓ II - A indicação da vacinação com a vacina Pfizer de crianças a partir de 5 anos de idade, nos esquemas já recomendados, devido a quantidades limitadas dos estoques de coronavírus nos territórios.
- ✓ III - A administração concomitante de vacinas covid-19 com as demais vacinas do calendário vacinal ou em qualquer intervalo na faixa etária de 3 anos de idade ou mais.
- ✓ IV - Que os municípios façam a gestão dos quantitativos disponíveis dessa vacina em seus estoques, com o intuito de garantir a segunda dose com intervalo de 28 dias, até que os estoques sejam restabelecidos pelo Ministério da Saúde.
- ✓ V - Sobre as especificações técnicas para a vacinação com a vacina CoronaVac em crianças de 3 a 5 anos, segue:
 - a) A formulação da vacina será a mesma utilizada atualmente em adultos;
 - b) A posologia recomendada será de duas doses com intervalo de 28 dias entre a primeira e a segunda dose;
 - c) A nomenclatura a ser utilizada para fins de registro nos Sistemas de Informações deverá ser Primeira Dose (1ª dose) e Segunda dose (2ª dose).
 - d) A dose e via de administração serão: 0,5 ml, por via intramuscular (IM);
 - e) O tempo de validade após abertura do frasco é: 6 horas, sob refrigeração de 2°C a 8°C.
- ✓ VI - A segunda dose de reforço para pessoas com 05 anos ou mais deverá ser administrada com o intervalo mínimo de 6 meses em relação ao reforço anterior, conforme estoques disponíveis de imunizantes, podendo os municípios avançarem por ordem regressiva de idade até 18 anos ou mais.
- ✓ VII - A segunda dose de reforço para trabalhadores de saúde deverá ser administrada 4 meses após a última dose do esquema vacinal, independentemente do imunizante aplicado, conforme estoques disponíveis de imunizantes.
- ✓ VIII - Reforços para pessoas de 18 anos ou mais que receberam a vacina Janssen no esquema primário (dose única).
- ✓ IX - A vacina a ser utilizada para a dose de reforço deverá ser das plataformas de RNAm (Comirnaty/Pfizer) para o público de 12 anos ou mais ou vetor viral (Janssen ou AstraZeneca) para o público de 18 anos ou mais.
- ✓ X - As vacinas de vetor viral não estão recomendadas para gestantes e puérperas.
- ✓ XI - As vacinas inativadas (Coronavac) poderão ser utilizadas para o público de gestantes e puérperas, caso o estoque de vacina de RNAm esteja indisponível.
- ✓ XII - A nomenclatura a ser utilizada para fins de registro no sistema de informação deverá ser Segundo Reforço (R2) e, no caso da vacina Janssen, Terceiro Reforço (R3).

Ações Estratégicas

- ✓ Drive-thru de vacinação;
- ✓ Horários flexíveis para oferta da vacina;
- ✓ Dias “D” de Vacinação nos fins de semana;
- ✓ Busca ativa da população não vacinada;
- ✓ Vacinação em domicílio para acamados, deficientes, vulneráveis;
- ✓ Vacinação nas escolas e em outras instituições de ensino;
- ✓ Campanhas de divulgação em mídias sociais, rádios, TVs, etc...;
- ✓ Vacinação itinerantes em pontos estratégicos.

Intensificação vacinal contra Meningite C

Ampliação temporária do público alvo:

- vacinação seletiva para menores de 20 anos
- vacinação indiscriminada para todos os trabalhadores de saúde.

Abastecimento Irregular da BCG no Brasil

1. Parcerias com maternidades para a administração regular da vacina BCG nessas instituições;
2. Definição de unidades de referência no município para aplicação da vacina BCG. O quantitativo dessas unidades deve levar em consideração a demanda populacional e a área geográfica do município;
3. Definição de um ou dois dias específicos por semana para aplicação da vacina BCG nessas unidades de referência;
4. Agendamento com intervalo máximo de uma semana para vacinação de BCG em recém-nascidos pelas unidades que forem oferecer o imunobiológico, conforme definição do município.

Ver NOTA TÉCNICA Nº 34/2022 CIVEDI/DIVEPISU/ISA/SESAB

Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite e Multivacinação para atualização da Caderneta de vacinação da criança e do adolescente


- ✓ Período: 08/08/2022 a 09/09/2022
- ✓ Dia “D” : 20/08/2022

464 Nos *slides* que seguem, tratou da Campanha de Vacinação Antirrábica para Cães e Gatos, no período de 08 de agosto a 17 de
 465 setembro - o Dia D será 10 de setembro – e alertou que neste ano já tem cinco casos confirmados de Raiva e um caso de
 466 Raiva humana representa uma falha no Sistema de Vigilância, porque existe uma profilaxia eficaz de pré e pós-exposição, e se
 467 a pessoa morreu por conta da Raiva, que é um agravo letal, é porque o sistema falhou, já que, mesmo após a agressão,

468 poderia ter tido a oportunidade de fazer a profilaxia pós-exposição. Enfatizou que não está faltando vacina nem soro e é
 469 preciso garantir a proteção e um sistema eficaz de vigilância, entretanto, tem muitos municípios com doses represadas ainda
 470 do ano anterior e ao longo desse ano, esses municípios já podem antecipar a campanha para a semana que vem, a partir da
 471 próxima segunda-feira, para utilizar os estoques de vacinas já existentes no território, é um lote com validade até 31 de julho e
 472 para favorecer também as ações nos territórios de difícil acesso, tem municípios colocando que com apenas um mês e duas
 473 semanas de campanha é complicado se deslocar para a zona rural para vacinar os cães e gatos, então, podiam antecipar e
 474 reservar esses dados para serem lançados no *link* após abertura oficial da campanha. Informou que tem município
 475 argumentando não ter recurso para as ações de vacinação e que os recursos são para todas as campanhas, não estão sendo
 476 mais carimbados para cada campanha, todas estão no piso fixo da vigilância em saúde, que regulamenta as responsabilidades
 477 e define as diretrizes, então o recurso vai no bloco, não está mais dividido, sendo necessário fazer uma boa gestão do recurso
 478 repassado. Finalizando, apresentou a Portaria que trata do piso fixo da vigilância em saúde, agradecendo a todos por tudo que
 479 têm feito nos territórios e ponderando que esse desafio é de todos, esperando que pudessem reverter esses números, porque
 480 somente assim haverá um cenário epidemiológico mais tranquilo, e sem vacina será difícil, se toda doença tivesse vacina seria
 481 perfeito, mas tem várias doenças que não têm vacina, mas para as várias que tem, estavam retrocedendo, por conta das
 482 baixas coberturas. Assim, é preciso repensar e valorizar as equipes de imunização no território, pois todos os serviços são
 483 importantes e a prevenção não pode deixar de ser prioridade através das ações de imunização. Agradecendo a todos, colocou-
 484 se à disposição.

Campanha de Vacinação Antirrábica para Cães e Gatos, 2022

- ✓ Período: 08/08/2022 a 17/09/2022
- ✓ Dia "D" : 10/09/2022
- ✓ Repasse dos dados por link, semanalmente, a partir do dia 08/08/2022
- ✓ Municípios poderão iniciar a Campanha a partir do dia 25/07/2022 para otimizar doses de vacinas já existentes no território com validade até 31/07/2022 e para favorecer as ações nos territórios de difícil acesso (zona rural, por exemplo).



Campanha de Vacinação Antirrábica para Cães e Gatos, 2022
Financiamento:

Portaria 1.378 de 09.07.2013 - *Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios...*


Art 11 - Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

XIX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporariamente associados à vacinação;

Art. 14. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e **Municípios** para uma conta única e específica.

Art. 15. O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de:

I - vigilância;
 II - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco; e
 III - promoção.






Campanha de Vacinação Antirrábica para Cães e Gatos, 2022
Financiamento:

Nota Técnica nº 36/2022 – Coordenação Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial/SVS/MS – Orienta quanto aos procedimentos que devem ser adotados para a execução da Campanha de Vacinação Antirrábica de cães e gatos de 2022, **ratifica** a forma de financiamento das ações da Campanha e indica outros Instrumentos legais que respaldam a campanha:

- 1 - **Portaria nº 3.992 de 28.12.2017** – (Artigo 3º: Os recursos do Fundo nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, aos Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: I- Bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde).
- 2 - **Portaria nº 2.663, de 09/10/2019** (que define os valores do Piso Fixo da Vigilância em Saúde).



 **Estado da Bahia** 


 Diretoria de Vigilância Epidemiológica
 Coordenação de Imunizações
 sesab.imune@saude.ba.gov.br

511 A **Coordenadora** colocou que na nossa cultura de PNI e de utilização da vacina como uma estratégia imprescindível de
 512 promoção da saúde e de prevenção específica, tem um símbolo nacional, o Zé Gotinha, e como todos na mesa estavam
 513 comentando, Vânia Rebouças é o símbolo estadual de representação da vacina, enquanto instrumento de promoção da
 514 Saúde. Agradeceu a Vânia Rebouças pelas palavras que mobilizaram cada um, em razão da diminuição consistente e
 515 paulatina da cobertura vacinal e o quanto risco isso representa, lembrando que na construção histórica do Programa Nacional
 516 de Imunização tem equipes municipais de vacinação capacitadas para desenvolver as estratégias que permitem modificar
 517 realidades para buscar o aumento da cobertura vacinal e aí é contrapor, evitaria o uso da palavra enfrentamento, que é muito
 518 vinculada às estratégias de guerra e quando se fala de vacina e de saúde a guerra passa longe, então todas as estratégias que
 519 existem, as equipes estão capacitados para usar o que for necessário em cada território e em cada agrupamento populacional,
 520 que fizessem o exercício de identificar que causas estão contribuindo em maior número para a diminuição da cobertura vacinal,
 521 claro que a todo tempo é baseado em números, em população, tem o fato de estarem há doze anos trabalhando muitas vezes
 522 com a base de estimativa da população, e para alguns municípios isso falseia a realidade das metas a cumprir, municípios que
 523 tiveram movimentos populacionais importantes ao longo desses doze anos e óbvio que a ausência irresponsável da realização
 524 do censo de 2020 leva a ter uma fuga ou um número populacional que não existe e que se distancia da realidade, porque é
 525 estimado e também lhes prega peça no que diz respeito às estratégias de busca de ampliação da cobertura vacinal. **Fábio**
 526 **Maia, Secretário Municipal de Saúde de Belo Campo e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e parabenizou Vânia
 527 Rebouças pela apresentação enfocando essa cobrança paulatinamente, concordando que tem que ser cobrado realmente dos
 528 gestores. Lembrou que já foi coordenador de vigilância epidemiológica e enquanto a ouvia falar, procurou saber do seu
 529 Coordenador como está a cobertura em seu município, argumentando que geralmente os secretários estão na correria
 530 rotineira, apagando incêndios, assim, gostaria de perguntar aos colegas gestores quem tem a realidade de hoje da vacinação
 531 do seu município, pois achava que nenhum teria. Relatou que é gestor há cinco anos e antigamente tinha os relatórios, que
 532 eram encaminhados aos gestores, as 'folhinhas' que informavam, tanto na CIR quanto nos grupos, como estava a realidade do
 533 município, comentando que, se o gestor não está ciente da sua realidade atual, não poderá tomar medidas para contrapor ou
 534 até reverter esse quadro. Dessa forma, achava que a DIVEP deveria buscar uma forma de sinalizar a real situação de

535 vacinação às CIR e aos gestores, porque muitas vezes fica apenas em mãos dos coordenadores, alguns municípios pequenos
536 têm um coordenador para a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária. Em relação à BCG, concordou que sofrem com
537 essa falta, relatando que realiza todas essas estratégias para encontrar um dia para realizar a vacinação de todas as equipes,
538 fazer volante, mas seu município tem aproximadamente vinte mil habitantes e só consegue vacinar no máximo quatro crianças,
539 então, tem uma perda de dezesseis a dezessete doses e é algo que precisa ser pensado. Quando trabalhou na ponta, há 13
540 anos, cada frasco era de dez doses, para os municípios pequenos fica difícil e a perda é mesmo muito grande. **Stela Souza**
541 agradeceu a Vânia Rebouças por trazer essas situações, considerava muito importantes porque motiva, informa, esclarece,
542 sua fala lhes dera um reforço para ficarem cada vez mais alertas. A falta da vacina é um problema, não considerando apenas a
543 situação da BCG, de vez em quando muitos municípios recebem notificações do Ministério da Saúde Público Federal, que
544 manda para o COSEMS, questionando sobre a relação dos municípios que não conseguem ter uma cobertura em determinado
545 ano, é importante ficar registrado em CIB que teve falta da vacina BCG e os anais da história contarão o motivo, porque não
546 tinham conseguido cumprir metas e prazos. Ponderou sobre outra coisa que já vinham lutando muito e sem conseguirem, que
547 para a BCG fosse unidose, questionando se o custo da ampola onde se coloca a vacina vale mais do que a vida de uma
548 criança, que esse comparativo não faz sentido, por isso é preciso fortalecer essa discussão junto ao Ministério da Saúde da
549 Saúde, não dava para esperar duas semanas para vacinarem três crianças, que às vezes é o máximo que um município
550 pequeno consegue ir na zona rural, para juntar em uma unidade que vai fazer a vacina em determinado dia, isso quando tem a
551 vacina e que agora chegou e desprezar o restante, o que é mais caro, até hoje não tinha entendido. Outra questão que tinham
552 lhe perguntado, sobre a quarta dose, a segunda dose de reforço para pessoas com Síndrome de Down, sabendo que os
553 imunossuprimidos estão liberados para acima de quarenta anos. **Vânia Rebouças** informou que a última Resolução CIB ad
554 referendado autoriza os municípios a avançarem na segunda dose de reforço para todas as pessoas de 18 anos ou mais e que
555 já tiverem quatro meses de intervalo em relação ao primeiro reforço, assim, todos estão elegíveis, não somente os
556 imunossuprimidos ou portadores de algum tipo de deficiência, mas a população em geral. Enfatizou que os municípios
557 precisam avançar, porque tem imunizantes disponíveis, então precisam se organizar para fazer a chamada do seus públicos-
558 alvo, tendo em vista que diante dessas baixas coberturas as vacinas estão sobrando e a possibilidade de perda de vacina no
559 território existe, inclusive tiveram relatos de municípios querendo avançar e citando a dificuldade porque abrem uma ampola e
560 só aparecem duas ou três pessoas para fazer a vacinação. Reiterou que tem vacinas na Central Estadual que pode ser
561 solicitada, os municípios solicitam às regionais e a Central encaminha, esse é o primeiro ponto. Em relação à BCG, informou
562 que infelizmente a Fundação Ataufo de Paiva, o fabricante nacional, não está mais produzindo e por enquanto estavam
563 recebendo essa vacina de um laboratório indiano, a quantidade de líofilo que vem no frasco é muito pequena, alguns
564 municípios relataram que não estão conseguindo visualizar e o lote distribuído foi o mesmo, mas de fato a quantidade de líofilo
565 presente na ampola é tão pequena que tinham submetido ao Ministério da Saúde para que se posicionasse e o MS respondeu
566 que de fato a quantidade que vem no frasco é como se, ao juntar, correspondesse a uma cabeça de alfinete, fica difícil
567 visualizar, o frasco é âmbar, não pode ser exposto à luz e às vezes esse pó fica na sua parede, dificultando a visualização da
568 vacina no fundo do frasco, então é importante que os municípios façam a homogeneização no momento da diluição deste
569 produto e ainda há dificuldade do laboratório em produzir. Foi colocado ao Ministério da Saúde que quando eram dez doses já
570 havia perda e agora, com vinte, terá ainda mais, porém não se trata apenas do custo do frasco, de fato o frasco é até bem mais
571 caro do que o líofilo, porque é uma vacina barata de se produzir, mas tem essa dificuldade, a dose da BCG indiana é mesmo
572 muito pequena, 0,05ml. Então para operacionalizar a dificuldade com esses envases de unidoses é preciso resgatar os envios
573 regulares dessas doses assumindo essas perdas técnicas, para não haver nenhum tipo de oportunidades perdidas de
574 vacinação para esse público, que deve ser vacinado preferencialmente nas maternidades, nas primeiras 12 horas de vida.
575 **Décio Martins** concordou com Vânia Rebouças em relação à BCG, ressaltando que tinha se assustado ao saber que no Brasil
576 a taxa de perda da vacina em um frasco com dez doses é de 70%, lembrando que o Ministério da Saúde orientou para racionar
577 a vacina de modo inteligente e os municípios estão escolhendo dias na vacina para realizar BCG, mas ainda assim muitas
578 vezes não é suficiente para aplicar as 20 doses. Relatou que ontem tinham recebido a notícia de caso de Poliomielite nos
579 Estados Unidos, observando a cobertura vacinal que está aqui, então achava que um dos fatores que têm demonstrado essa
580 baixa adesão da população à vacina é justamente o excesso de confiança de doenças erradicadas como a Poliomielite e a
581 Variola, então as diversas estratégias como realização de Dia D, vacinação extramuros, nada disso é suficiente e obviamente
582 os gestores públicos precisam fazer seu papel e a população também precisa se conscientizar, isso também é parte da
583 estratégia. Vendo a apresentação e a baixa adesão da vacinação, que já está se refletindo sobremaneira em Salvador,
584 argumentou que o olhar deles tinha que ser cada vez mais ativo para tentarem, enquanto gestores de saúde, encontrar a
585 solução política para melhorar a cobertura vacinal, sobretudo de crianças. Relatou que em Salvador teve 33% para o grupo
586 prioritário de Sarampo, considerando um absurdo, na apresentação, a Influenza está em 65% porque foi aberto para o público
587 geral, Salvador também fechou, com muita luta, com mais ou menos 35% para os públicos prioritários, vacinando extramuros,
588 então de fato diante desse cenário é preciso adotar medidas pelos gestores e enquanto política pública. **Vânia Rebouças**
589 concordou e reiterou a necessidade da parceria de todos os gestores imbuídos em reverter essas baixas coberturas. A
590 **Coordenadora** chamou atenção para a sugestão do Secretário de Belo Campo, com relação à periodicidade de envio de
591 relatórios e boletins dando conhecimento aos municípios sobre a situação de cobertura vacinal e outras informações que
592 venham a fortalecer a gestão municipal. **Vânia Rebouças** esclareceu que o BI é alimentado diariamente pelos quatrocentos e
593 dezessete municípios, a recomendação é alimentação diária, a SESAB está atualizando os dados de vacinação contra COVID
594 de domingo a domingo, clicando em cada página tem os dados de D1, D2, D3 e por município em ordem alfabética ou ordem
595 crescente ou decrescente de cobertura vacinal, facilitando o acesso, para todos os gestores visualizarem seus municípios em
596 relação à vacina da Covid-19. Reiterou que esse é o sistema que o estado tem governabilidade e é muito bom poder se ver
597 diariamente no site, mas tem o problema em relação aos outros dados de rotina, os que seguem nominalmente no site do
598 Ministério da Saúde da Saúde, para as outras vacinas há dificuldade desse acompanhamento diário, tem relatos de municípios
599 que têm repassado esses dados para o Ministério da Saúde e está demorando para ser atualizado no site e aqui eles não
600 tinham governabilidade sobre isso e nem se conseguiu fazer um sistema, porque a solução não é cada município ter seu
601 sistema, é preciso integrar as bases, porque, pelo princípio de universalidade do SUS, o cidadão deve ser vacinado em

602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668

qualquer município do país, logo, a dose que receber precisa ser lançada no sistema de base nacional para ser visualizada, assim, não adiantava se não integrassem essas bases. Em relação ao dado nominal, os dados de 2022 estão completamente defasados, há dificuldade para o acesso aos relatórios de doses de rotina, por conta dessa fragilidade, na próxima semana participariam do encontro nacional para discutir uma das pautas, que é a fragilidade nesse sistema que precisavam enxergar agora, porque ao olharem três meses depois, não se tem mais tempo de intervir e aí tem dificuldade, porque de fato não se consegue observar esses dados de registro nominal com a regularidade que se gostaria. No entanto, vinham conseguindo visualizar os dados de campanha, o Ministério da Saúde concedeu a autorização diante dessas fragilidades do lançamento da influenza e do Sarampo também em uma base de um sistema de doses agregadas, então ela trouxe os dados do Ministério da Saúde, porque a plataforma de lançamento é de dose agregada, os dados lançados de maneira agregada vinham possibilitando visualizar em um tempo mais ágil e estão acessíveis na internet para qualquer pessoa. Sugeriu pensar em uma forma de instrumentalizar os gestores para fazer uma busca ou mesmo um *link* de pesquisa nessas bases, porque é muito fácil de navegar e cada um visualizaria a atualização que é feita diariamente. Entretanto, o dado nominal deixou de ser lançado no SIPNI, em que, enquanto vigilância, tinham até certa governabilidade, e passou para um sistema do e-SUS, que é da atenção básica, a ideia de um sistema só ter módulos diferenciados de lançamento do prontuário do cidadão era boa, mas a dificuldade hoje é não conseguir, enquanto vigilância, área responsável por acompanhar esses dados no estado, ter acesso ao envio desses dados do e-SUS AB para o Ministério da Saúde da Saúde pelos quatrocentos e dezessete municípios baianos. Até para a Atenção Básica a SESAB tem tido um pouco de dificuldade de ter uma governabilidade maior em relação à supervisão, gerenciamento e monitoramento desse envio de dados do e-SUS AB para o Ministério da Saúde e, com esse atraso, nessa fragilidade do Ministério da Saúde estavam já no segundo semestre de 2022 e sem terem essa base atualizada, tem dados até de março e ainda com muita fragilidade, alguns municípios já exportaram, outros não. Teriam esse encontro na próxima semana, para discutirem sobre isso, mas, de fato, estavam trabalhando com esse *gap* nessa informação, por conta de um sistema que não é gerenciado pela Sesab. Dando seguimento, a **Coordenadora** passou para o próximo ponto, colocado na Pauta como de Apresentação, informando que na verdade é de **Pactuação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/CIEVS: 2.1 Plano Estadual Multirrisco de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública: Desastres Naturais e Tecnológicos. Ineide Pinheiro, sanitarista, integrante da equipe do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS**, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação em *slides*, mostrando que o CIEVS é uma rede nacional, estadual e municipal, que tem como função detectar, verificar, notificar, emitir alertas, organizar, preparação para a resposta e monitorar. Colocou que em saúde pública, para se ter uma boa resposta a situações emergenciais é preciso uma preparação prévia, que, quanto melhor, maior é a resposta. Pensando que as emergências em saúde pública se dividem em situações epidemiológicas como surtos, epidemias, pandemias, situações de desastres, desastres naturais e tecnológicos e desassistência, entende-se que essas emergências fazem parte da atuação do setor saúde e esse enfrentamento precisa ser exercitado a nível do território, porque os desastres podem ter uma repercussão estadual, nacional e até internacional, mas ocorrem no território, então é o município que responde primeiramente a uma situação de desastre, por isso precisam estar preparados para esse enfrentamento e para avançarem nas estratégias além do enfrentamento. Hoje essa rede está bastante fortalecida e já tem CIEVS em cinco macrorregiões de saúde, avançando além de três CIEVS municipais.

CIEVS
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE ESTADO DA BAHIA

Funções: Detectar, Verificar, Notificar, Emitir Alertas, Organizar a Preparação para a Resposta, Monitorar.

Atuação do CIEVS:

- Deteção de eventos: identificação imediata de potenciais ameaças, inteligência epidemiológica.
- Informação/preparação: notificação, planos de preparação e resposta, monitoramento e resposta.
- Verificação, avaliação de risco: análise de risco, tempo de verificação oportuna, avaliação de risco.
- Emissão de alertas: painéis analíticos, comunicação de risco.

Funcionamento: 24 horas, 7 dias por semana, inclusive finais de semana e feriados.

Rede CIEVS:

- Cievs-BA Estadual
- 05 CIEVS Regionais: NRS Sul, NRS Centro Leste, NRS Oeste, NRS Norte, NRS Sudoeste
- 03 CIEVS Municipais: Salvador (capital), Camaçari, Feira de Santana

Mostrou no *slide* abaixo as áreas de atuação, o CIEVS em nível de Bahia apresenta três eixos: Vigilância dos Eventos de Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Vigidesastres. Em seguida mostrou porque esses desastres, que são situações de emergência em saúde pública, dizem respeito ao setor saúde, ponderando que todo desastre, independentemente do evento, terá repercussão direta na saúde humana, pode haver óbitos, intoxicação, envenenamento, afogamento, leptospirose, doenças transmitidas por vetores e, a depender da magnitude do desastre, uma mortalidade importante. Em Lajedinho, em 2013, com uma população de oitocentos e poucos habitantes, ocorreram oito óbitos quando um filete de Rio Saracura em uma tromba d'água varreu o município, que fica em uma região de vale, em 2015, no bairro Barro Branco, em Salvador, foram vinte e sete óbitos, em função de chuvas fortes e deslizamento, assim, embora o município se prepare para o desastre, em algum momento contará com a imprevisibilidade da ocorrência desse fenômeno.

ÁREAS DE ATUAÇÃO

CIEVS
CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE ESTADO DA BAHIA

- Vigilância dos Eventos de Saúde Pública
- Vigilância Epidemiológica Hospitalar
- Vigidesastres

Desastres e seus efeitos sobre a Saúde Humana

EVENTOS	TIPO DE FENÔMENO NATURAL	EFEITOS SOBRE A SAÚDE HUMANA
Geofísico ou Geológico	Terremoto, vulcão, movimento de massa	Óbitos, lesões, traumatismos
Meteorológico	Tempestade, tormenta, ciclone, vendaval	Intoxicação, envenenamento
Hidrológico	Inundação brusca gradual, alagamento, movimento de massa (deslizamentos)	Transtornos psicossocial e comportamental
Climatológico	Temperatura extrema (ondas de calor e de frio), seca, estiagem, incêndio florestal, geada, granizo	Hipertensão
		Afogamento, choque elétrico
		Leptospirose
		Doenças transmitidas por vetores, reservatórios e hospedeiros
		Desnutrição
		Diarreia e Infecções intestinais
		Infecções cutâneas
		Hepatite A
		Infecções respiratórias agudas e crônicas, alergia

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

Pensando nessa preparação, em 2013 foi iniciada a elaboração através do Guia, um trabalho da SESAB com a Fiocruz na elaboração dos Planos Municipais, hoje tem uma quantidade de planos municipais, mas com a rotatividade de servidores municipais de saúde, esses planos precisam ser revisitados e atualizados, e com a ocorrência do desastre em meados de dezembro e início de janeiro, que foi um dos desastres de maior amplitude vivenciado no estado em nível de inundação, das nove macrorregiões, cinco foram atingidas e os maiores atingimentos foram nas macrorregiões Extremo Sul, Sul, Sudoeste, no Vale do Jiquiriçá, Leste, municípios atingidos pela cheia do São Francisco, no Oeste e alguns municípios da Centro-Norte. Para responder a uma situação de desastre não tem como fazer rapidamente o que se faz no cotidiano, é preciso estar preparado com estratégias para um melhor enfrentamento, poupando recursos e desgaste dos servidores que estão atuando naquela situação de desastre e se apoia melhor a população, principalmente a população vulnerável. Todo esse processo gerou uma primeira versão do Plano Estadual Multirrisco de Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública: Desastres “Naturais” e Tecnológicos, que teve a participação de todas as diretorias da SUVISA, mais o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN e o Serviço de Verificação de Óbito – SVO.

Vigilância de Populações Expostas aos Riscos Associados aos Desastres - Vigidesastres

PLANO ESTADUAL MULTIRRISCO DE PREPARAÇÃO E RESPOSTA ÀS EMERGENCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: DESASTRES “NATURAIS” E TECNOLÓGICOS

Mostrou um organograma com a representação gráfica das principais ações, atividades e operações na gestão do risco em emergências em saúde pública decorrentes de desastres “naturais” e/ou tecnológicos e, no slide seguinte, um link mostrando as situações epidemiológicas de desastres e desassistência no Decreto 7616/2011, a identificação da situação de desastre, se há população exposta ou não, a saúde mantém articulação com os órgãos do meio ambiente e os parceiros envolvidos com a primeira resposta, defesa civil, bombeiros, a depender do organograma do município a Secretaria de Infraestrutura apoia, mas se tem população exposta, diz respeito ao setor saúde e é ativado o Comitê Operacional de Emergência em Saúde – COES.

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DAS PRINCIPAIS AÇÕES, ATIVIDADES E OPERAÇÕES NA GESTÃO DO RISCO EM EMERGENCIAS EM SAÚDE PÚBLICA DECORRENTES DE DESASTRES “NATURAIS” E/OU TECNOLÓGICOS

As situações de desastres são os eventos que configuram emergência em Saúde Pública ou estado de calamidade pública e que impliquem atuação direta do setor saúde

Para maiores informações, acessar o link: www.sus.gov.br/legislacao/legisla%C3%A7%C3%A3o-geral/legisla%C3%A7%C3%A3o-geral

RETORNAR

O COES é uma estrutura de coordenação, de gestão, de deliberação, então envolve todas as áreas do setor saúde com responsabilidade na preparação, manejo e reabilitação das emergências em saúde pública, que são os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Conselho Estadual de Secretários Municipais, Vigilâncias, Atenção Psicossocial e Saúde Mental, Atenção à Saúde, Urgência e Emergência, Rede de Laboratórios, Assistência Farmacêutica, Logística entre outros, ou seja, todo o setor saúde deve se envolver no COES Saúde que deve ser instituído por instrumento normativo específico, coordenado pelo(a) Secretário(a) de Saúde, em cada âmbito de gestão, municipal/local, regional, estadual ou ainda federal e os níveis de ativação são estabelecidos de acordo com a gravidade da situação. No slide seguinte mostrou os níveis de ativação, se tem uma mesma situação de desastre, por exemplo, uma inundação que atingiu determinado quantitativo de população com desabrigados e desalojadas, aqueles municípios que estiverem mais bem preparados e responderem sozinhos a situações de desastre, é considerado nível de ativação zero, se precisar de apoio do estado o nível de ativação é um, se houver necessidade de complementação de uma atuação da esfera federal o nível de ativação é dois e assim por diante.

COE Saúde – Estrutura de coordenação que envolve todas as áreas do setor saúde com responsabilidade na preparação, manejo e reabilitação das emergências em saúde pública. Conselhos Municipais e/ou Estaduais de Saúde, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, vigilâncias (epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e saúde ambiental), atenção psicossocial e saúde mental, atenção à saúde, urgência e emergência, rede de laboratórios de saúde pública, assistência farmacêutica, logística, entre outras.

O COE Saúde deve ser instituído por instrumento normativo específico, coordenado pelo(a) Secretário(a) de Saúde, em cada âmbito de gestão - municipal/local, regional, estadual, ou ainda federal.

Os níveis de ativação do COE Saúde são estabelecidos de acordo com a gravidade da situação, capacidade de resposta local, número de municípios envolvidos, contingente populacional ameaçado pela emergência em saúde e a probabilidade de mortalidade.

RETORNAR

Níveis de Ativação do COE Saúde:

- Nível 0 (zero): A esfera local possui capacidade para responder à emergência;
- Nível I (um): A esfera local necessita mobilização de recursos adicionais e apoio complementar da esfera estadual;
- Nível II (dois): O evento superou a capacidade de resposta das esferas municipal e estadual; necessário apoio complementar da esfera federal;
- Nível III (três): Ameaça de relevância nacional, de excepcional gravidade, exige ampla resposta governamental.

MUNICIPAL REGIONAL MACROREGIONAL ESTADUAL NACIONAL

RETORNAR

No *slide* abaixo, o nível de atuação municipal: notificar de forma imediata o desastre ao Vígedesastres/CIEVS/Estadual, ao clicar no *hiperlink* gera uma notificação imediata, que é contabilizada e, a partir dessa notificação que traz um breve relato da situação do desastre, naquele cenário no município, é possível acionar a solicitação de kits de medicamentos de apoio ao município; proceder a avaliação de danos e necessidades de saúde – ADANS, observou que são instrumentos rápidos, então em uma situação de desastre, não se solicitará a um servidor da saúde um questionário com cem questões, é um questionário rápido, para saber qual é o cenário naquele momento do desastre e hoje não é preciso mais ir para um cenário de desastre sem instrumentos, nem criar instrumentos, esse plano trouxe, nos seus apêndices, todos os instrumentos que foram pensados e criados por todas as macrorregionais e municípios deste cenário de desastre, boletins, qual o modelo desse boletim, quais as informações que devem conter no boletim, quais as informações necessárias para cruzar com os dados da Defesa Civil, para se dar um diagnóstico da situação do desastre, a fim de subsidiar o gestor para uma melhor resposta na situação de desastre. Desse modo, o objetivo desse plano hoje é facilitar a atuação dos servidores, que são poucos, o desgaste em situação de desastre é muito grande e quanto melhor instrumentalizados estiverem, melhor será a resposta. Falou da Portaria 874, que trata do kit de medicamentos, o modelo de boletim, que já facilita, ninguém criará um boletim nem serão boletins diferentes por macrorregião ou por região de saúde ou por município, já tem um padrão que facilitará muito a visão do serviço de saúde em uma atuação de desastre, das informações que serão necessárias para serem compiladas e repassadas, tanto a nível de estado como a nível federal. O modelo de busca ativa diária, o que interessa, porque quando os 'holofotes' saem de um município e há uma desmobilização da atuação do nível estadual e do federal, quem fica no município e que sim vai responder sobre a situação do desastre que vai além do manejo, é a reabilitação, onde aparecerão os agravos secundários em situação de desastres e esse monitoramento cabe principalmente à Vigilância em Saúde. Lembrou que uma situação de desastre desmobiliza todos os processos de trabalho de um município, muitas vezes fica interrompida, os serviços de saúde de média e alta complexidade deixam de existir muitas vezes, porque hospitais são atingidos, a rede farmacêutica muitas vezes é atingida, falta medicamentos, o acesso fica difícil, então perguntava como se trabalhar de forma rápida na situação de desastre, tem que se trabalhar de forma articulada, com estratégia, porque, embora exista previsibilidade, para uma grande parte dos desastres se pode fazer uma preparação para o enfrentamento. Falou que tem um modelo de levantamento de doenças e agravos, uma planilha de alimentação automática, que facilita muito o serviço de compilação de dados. A matriz de responsabilidade, apresentadas no plano todas as ações que foram desenvolvidas ao longo do enfrentamento de desastres pela Vigilância em Saúde. Cada desastre é único, então, por mais que o município viva uma situação de desastre em dezembro, se em janeiro vivesse uma situação de desastre mudaria a forma a partir de como aquele município tiver sido atingido. Então a forma de atuação também pode variar, mas já se tem uma base de entendimento de ação, não precisando inventar nem pensar o que fazer, já se parte de um caminho muito grande de enfrentamento de colegas em outras situações desde 2013, com os grandes eventos de massa.

Nível de ativação – MUNICIPAL	Vigidesastres Cievs Suvvisa	Nível de ativação – REGIONAL/MACRORREGIONAL/ESTADUAL	Vigidesastres Cievs Suvvisa
<ul style="list-style-type: none"> • Notificar de forma imediata o Desastre ao Vigidesastres/Cievs/Estadual: mailto:vigidesastres@saude.ba.gov.br • Proceder avaliação de danos e necessidades de saúde – ADANS utilizando os formulários: (seca), Formulário de Avaliação de Danos e Necessidades de Saúde (ADANS) (desastre tecnológico); Formulário de Avaliação de Danos e Necessidades de Saúde (ADANS) (desastre natural) • Elaborar Ofício relatando a situação de desastre no território e envio, junto com o Decreto de calamidade pública, para o e-mail do Vigidesastres/CIEVS/Bahia (vigidesastres@saude.ba.gov.br) para solicitação do kit de medicamentos e insumos estratégicos do MS (link para o kit). • Atuar de forma conjunta com a vigilância em saúde e atenção à saúde. • Implantar a Sala de Situação; levantar informações sobre os impactos e necessidades do setor saúde; diagnóstico da situação sanitária dos abrigos; monitoramento das condições de trabalho e saúde de trabalhadores e voluntários; elaborar planos de ação e realizar atuações conjuntas de resposta a desastres. • Elaborar a Matriz de Responsabilidades. 	 SUS Ministério da Saúde Estado da Bahia	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Técnico de Saúde em Desastres matriciará o COE Saúde por meio de informações, notas técnicas, boletins, protocolos e outros instrumentos para ação. • Apoiar no território as equipes municipais; • Realizar e apoiar atuações conjuntas de vigilância em saúde e atenção à saúde; • Articular entre as áreas da SESAB e parceiros envolvidos na primeira resposta aos desastres; • Elaborar de forma conjunta a Matriz de Responsabilidades (regional, macrorregional e nível Central); • Analisar a situação do desastre para desmobilização das equipes do nível central. 	 SUS Ministério da Saúde Estado da Bahia
<input type="button" value="RETORNAR"/>		<input type="button" value="RETORNAR"/>	

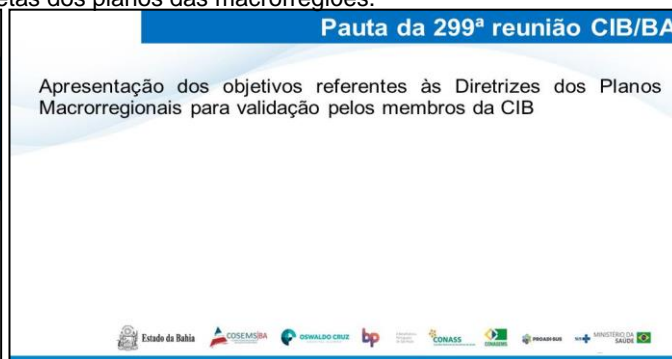
No *slide* abaixo, mostrou a ativação a nível nacional, que é apoiar no território a equipe estadual, das macrorregionais e regionais, participar da elaboração conjunta da Matriz de Responsabilidades, analisar a situação do desastre para desmobilização e prover financiamento, insumos e demais recursos necessários, lembrando que os recursos gastos e o manejo de um desastre são dez vezes maiores do que o gasto em uma preparação. Dessa forma, é preciso contar com os municípios, com os secretários de saúde, para mobilizarem suas equipes, o gestor maior do município se mobilizar no entendimento da importância da elaboração dos planos municipais porque infelizmente os desastres eles vão aumentar não só em quantidade, mas em amplitude também. A partir do nível de atuação e das ações dos três níveis de gestão, se dá a elaboração dos Comitês de Emergência, a atuação do setor saúde nos Comitês Operações de Emergências de Saúde e desses Comitês onde o setor saúde vai discutir as suas ações e sai a representação para o Comitê Operacional. No Plano Estadual, para um melhor entendimento do setor saúde, foi denominado Comitê Operacional de Emergência Geral, com a participação de todos os outros órgãos parceiros, como Defesa Civil, Bombeiros, Secretaria de Meio Ambiente, Secretaria de Justiça, enfim, a depender do organograma. Sendo um COE Municipal, todas as secretarias presentes no organograma do município, além da Saúde, comporão o COE Geral, quanto maior o município, mais complexo o organograma e maior a quantidade e diversidade de participantes.

Nível de ativação – NACIONAL	Vigidesastres Cievs Suvvisa	COE GERAL - Espaço de caráter multidisciplinar e multissetorial, responsável por realizar a coordenação intersetorial e agenciar as diversas secretarias e setores governamentais (níveis municipal, regional, estadual e federal) e não governamentais, além de representação de setores privados e empresas.	Vigidesastres Cievs Suvvisa
<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar no território a equipe estadual, das macrorregionais e regionais; • Participar da elaboração conjunta da Matriz de Responsabilidades (regional, macrorregional e nível Central); • Analisar a situação do desastre para desmobilização das equipes do nível nacional nos territórios; • Prover financiamento, insumos e demais recursos necessários. 	 SUS Ministério da Saúde Estado da Bahia	<p>O COE geral é acionado pela autoridade máxima de cada esfera de gestão: prefeitos, governadores, presidente, respectivamente.</p> <p>Participantes do COE geral: Corpo de Bombeiro Militar, Defesa Civil, Secretaria da Saúde, Conselhos Municipais e/ou Estadual de Saúde, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia, Secretaria de Segurança Pública, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Comunicação, Secretaria de Educação, Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, Instituições de Meio Ambiente, Ministério Público, entre outros, uma vez que depende da natureza da Emergência em Saúde Pública (ESP) e seus diferentes cenários.</p>	 SUS Ministério da Saúde Estado da Bahia
<input type="button" value="RETORNAR"/>		<input type="button" value="RETORNAR"/>	

Chamou atenção do *link* na página 14 do plano, que traz um modelo de plano para ser elaborado pelos municípios, foi trabalhado junto com o COSEMS, o município coloca as suas características, isso facilitará muito a vida de todos e não partirão do zero. Na página 46 tem o exemplo da participação de um COE Geral e a partir daí o desenvolvimento das ações de resposta e monitoramento dos desastres, poupando vidas e enfrentando melhor todas as situações adversas.



Após apresentação, a Coordenadora agradeceu a apresentação, colocou em aprovação e **houve consenso**. Dando seguimento, passou para os pontos de **Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC: 1.1 Mudança da forma de repasse da contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para todos os municípios, a partir do 2º trimestre de 2023** e informou que foi solicitada a retirada de pauta e passou para o próximo ponto: **2. APG/COPRI: 2.1 Aprovação dos Objetivos dos Planos macrorregionais discutidos e apresentados aos gestores nas oficinas do PRI que ocorreram nas macrorregiões do Estado no mês de julho/2022.** Stela Souza pediu licença a Cristiane Macêdo para falar da importância da participação e do engajamento dos municípios nessas oficinas e mostrou um vídeo, ressaltando o trabalho hercúleo, mas muito bom, tinha participado da Oficina da Macrorregião Leste e estava muito feliz com a equipe do COSEMS, do Ministério da Saúde da Saúde, do HAOC, a equipe da SESAB, juntos nesse movimento da discussão dos objetivos, com a presença maciça dos municípios, mostrando fotos das macrorregiões Sul, Oeste e Extremo Sul, não todas porque o tempo é curto. Considerou uma vitória do estado, dos gestores, das equipes técnicas, parabenizando a Superintendência do Ministério da Saúde da Saúde que se envolveu bastante e agradecendo ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que vem participando ativamente desse processo, a Manoel, que parecia estar em todos os lugares e representou muito bem o COSEMS, a todas as apoiadoras do COSEMS que participaram, além de todos os Secretários Municipais de Saúde e essa equipe maravilhosa da APG. Observou que já estavam em 19 de julho, já houve três oficinas, em 21 de julho terá mais três oficinas, está pendente apenas a Região Norte, mas já tem uma reunião no dia 26 de julho, com o Ministério da Saúde da Saúde, pedindo apoio, a fim de fortalecer essa região do PEBA, quando será definido se é ou não interestadual, para que pudessem caminhar. Destacou a participação muito importante de Alcina Romero, e parabenizando sua contribuição como conteudista em todas as disciplinas, porque ajudou bastante a esclarecer os municípios, que gostaram e elogiaram muito, são vários os comentários nos grupos das macrorregiões, não citaria mais nomes porque poderia esquecer alguém, e com certeza todos os colegas presentes referendam sua fala. **Cristiane Macêdo, Técnica da APG/COPRI**, cumprimentou a todos, relatando que as oficinas foram entendidas como um sucesso, porque na avaliação foram citadas como produtiva, excelente, muito boa, participativa etc. Em nome da equipe da APG agradeceu a Alcina Romero, que esteve presente em três e fez um vídeo maravilhoso para as outras quatro oficinas e agradeceu a Igor Lobão que a liberou, observando que na oficina da Leste não teve a presença de Alcina Romero como palestrante e conteudista, porque o Instituto de Saúde Coletiva fez a fala da hipertensão e diabetes. Iniciou a apresentação em *slides*, colocando que na é mais uma etapa do Plano Regional do Estado da Bahia, tinha que trazer à CIB o resultado da oficina, porque, a nível macrorregional na Bahia é a CIB que tem a legitimidade para aprovação e validação, então a pauta é a aprovação dos objetivos referentes às diretrizes, objetivos e metas dos planos das macrorregiões.



No *slide* abaixo mostrou a programação das oficinas, relatando que na parte da manhã teve a discussão de todos os objetivos e que foram validados com os secretários, na presença dos técnicos e, à tarde, a conteudista esteve presente, tirando as dúvidas, e queriam trazer para os secretários a ideia do CNES e tinham conseguido, eles entenderam bastante, fizeram um jogo de perguntas e respostas e deu tudo certo. No *slide* seguinte, o quadro com todas as oficinas, com a participação de 71% dos municípios, menos a Norte e torciam para deslançarem na próxima semana depois das reuniões com o Ministério da Saúde e com a CRIE.

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

Programação das Oficinas

Turno Manhã

- 8:30 a 9:00 Recepção dos participantes
- 9:00 a 9:45 Apresentação da qualificação da DOMI
- 9:45 a 10:00 Intervalo
- 10:00 a 11:30 Apresentação do consolidado por Diretriz e registro das alterações
- 11:30 a 12:00 Validação de cada objetivo por Diretriz - versão preliminar
- 12:00 a 14:00 Almoço

Turno Tarde

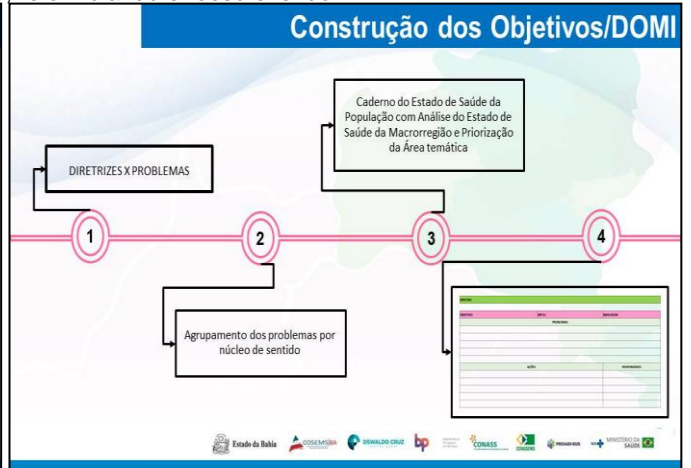
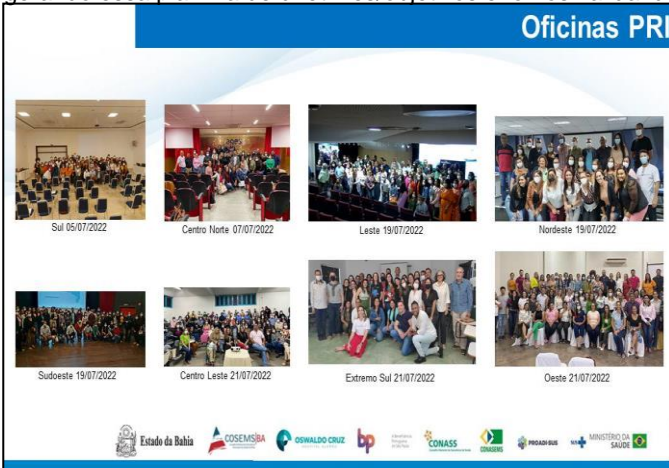
- 14:00 a 14:45 Apresentação do conteúdo: Análise da capacidade instalada x RAS
- 14:45 a 15:15 Dúvidas e questionamentos
- 15:15 a 15:25 Intervalo
- 15:25 a 16:30 Discussão com a macrorregião
- 16:30 a 17:00 Encerramento

Participação

MACRORREGIÃO	DATA OFICINA	Nº MUNICÍPIOS	PARTICIPAÇÃO OFICINA			
			GESTOR	%	REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL	%
SUL	05/07/2022	68	30	44%	40	59%
CENTRO NORTE	07/07/2022	38	26	68%	37	97%
LESTE	19/07/2022	47	24	51%	33	70%
NORDESTE	19/07/2022	33	13	39%	18	55%
SUDOESTE	19/07/2022	74	33	45%	48	65%
CENTRO LESTE	21/07/2022	72	45	63%	59	82%
EXTREMO SUL	21/07/2022	21	9	43%	16	76%
OESTE	21/07/2022	36	17	47%	25	69%
BAHIA		389	197	51%	276	71%

Fonte: Sesab/APG/Copri

Mostrou no slide abaixo fotos das oficinas, seguido pela lógica da construção dos objetivos, as diretrizes foram apresentadas em outubro de 2021 e validados nesta CIB em dezembro de 2021. Na apresentação em outubro, foram apresentadas as diretrizes nacionais e estaduais, criada uma proposta e discutidas as diretrizes de cada macrorregião, com isso tinham feito uma apresentação, quando foram trazidos problemas e a partir daí o grupo de trabalho, a APG, o setor de planejamento das macrorregiões, que tem Ministério da Saúde, SESAB, COSEMS e o HAOC, que é o articulador do projeto PROADI SUS, fez o agrupamento desses problemas por núcleo de sentido e elaborou objetivos que foram levados para os secretários e eles também olharam o caderno de saúde, que tem todo o estado de saúde da macrorregião, foram construídos os objetivos, gerando essa planilha de diretrizes/objetivos e fomos validando, reformulando e reescrevendo.



Mostrou o sistema desenvolvido pela SESAB, que será colocado no Observatório Baiano, em que o gestor terá um e-mail e uma senha para acompanhar o desenvolvimento das diretrizes já aprovadas, dos objetivos que estão para serem aprovados hoje, as metas e os indicadores que serão discutidos ao longo desse período. Esse sistema tem três níveis de acesso, a SESAB, a nível de administrador geral, que formula tudo, o GTTM, que são os que alterarão os objetivos, de acordo com o que é validado na CIB e os gestores que visualizarão.



Nos slides seguintes, as macrorregionais com suas diretrizes e objetivos, para cada diretriz foram feitas propostas de objetivo. Observou que cada macrorregião, de acordo com suas diretrizes, foi reformulando ou validando os objetivos propostos ou sugerindo ou excluindo objetivos, a depender da discussão. Lembrou que esses objetivos são preliminares, tendo em vista que o planejamento é um processo, então o que está aqui hoje pode ir se reformulando até a entrega do plano em 2023, podem ter várias reformulações, mas essa primeira etapa precisa ser validada pela CIB.

937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003

Macrorregião Sul

DIRETRIZ: Aprimoramento das ações de vigilância, promoção, proteção e prevenção em todos os níveis de atenção

OBJETIVO: Implementar as ações de Vigilância em Saúde em todos os níveis de Atenção

OBJETIVO: Promover a integração das ações de vigilância em saúde com a atenção primária à saúde

DIRETRIZ: Reorganização e efetivação da Rede de Atenção à Saúde Integral, equânime e regionalizada

OBJETIVO: Fortalecer a Atenção Primária à Saúde de forma integrada e resolutive

OBJETIVO: Garantir o acesso, de forma regulada em tempo oportuno, a serviços de média complexidade ambulatorial

OBJETIVO: Garantir o acesso, de forma regulada em tempo oportuno, a serviços de média e alta complexidades hospitalar

OBJETIVO: Implementar o Plano Estratégico de Atenção Hospitalar (PAH) na macrorregião de saúde

OBJETIVO: Modelar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com as linhas de cuidado prioritizadas

DIRETRIZ: Garantia da valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA

OBJETIVO: Promover políticas de cargos, carreiras e vencimentos, com implementação de estrutura de negociação coletiva

OBJETIVO: Implementar as ações de gestão do trabalho no SUS

OBJETIVO: Implementar as ações de educação permanente no SUS

DIRETRIZ: Implementação da gestão estratégica e fortalecimento do controle social

OBJETIVO: Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde

OBJETIVO: Implantar um espaço deliberativo macrorregional

Oficina realizada dia 05/07/2022



Macrorregião Centro Norte

DIRETRIZ: Aprimoramento da integração das ações de vigilância à RAS

OBJETIVO: Integrar atenção primária e vigilância em saúde para qualificação do cuidado em oncologia na macrorregião com ênfase na prevenção e diagnóstico precoce

OBJETIVO: Integrar a vigilância em saúde à rede de serviços de apoio e diagnóstico para qualificar o cuidado em oncologia na macrorregião

DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com garantia de acesso integral e regionalizado

OBJETIVO: Fortalecer as estratégias de atenção à saúde ocupacional na macrorregião

OBJETIVO: Qualificar o cuidado em oncologia em todos os níveis de atenção

OBJETIVO: Assegurar o acesso à atenção especializada em oncologia na macrorregião

OBJETIVO: Assegurar o acesso à oferta de serviços de apoio diagnóstico com resultado dos exames em tempo oportuno na macrorregião

OBJETIVO: Ampliar financiamento federal e estadual para serviços de tratamento fora de domicílio (TFD) com acesso para pacientes da linha de cuidado de oncologia

OBJETIVO: Fortalecer ações voltadas à operacionalização da política de atenção integral à saúde do homem

DIRETRIZ: Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA

OBJETIVO: Estruturar a política de educação permanente e continuada na RAS da macrorregião a partir das prioridades sanitárias

OBJETIVO: Promover políticas de gestão do trabalho, considerando desempenho e política de cargos, carreiras e vencimentos

OBJETIVO: Implementar estratégias para operacionalizar a política de saúde do trabalhador

DIRETRIZ: Fortalecimento da Gestão estratégica e Controle Social

OBJETIVO: Estruturar o controle social para atuação macrorregional

OBJETIVO: Assegurar a implantação de uma RAS em oncologia resolutive na macrorregião de saúde

OBJETIVO: Inserir as prioridades da Linha de Cuidado Oncológica no ciclo de planejamento municipal

OBJETIVO: Integrar os sistemas de informação à saúde

Oficina realizada dia 07/07/2022



Macrorregião Leste

DIRETRIZ: Fortalecimento da Vigilância, proteção, promoção em Saúde e prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, potencializando ações de auto cuidado

OBJETIVO: Promover a integração das ações de Vigilância e Atenção à Saúde

OBJETIVO: Implementar a Vigilância das doenças e agravos não transmissíveis no território

DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) resolutive, integral, humanizada, regionalizada e garantia de acesso oportuno dos usuários

OBJETIVO: Estruturar a Atenção Básica como ordenadora do sistema para garantir o acesso de forma integrada e resolutive

OBJETIVO: Aprimorar a regulação, o controle e a avaliação da rede de serviços, garantindo maior racionalidade e qualidade no SUS

OBJETIVO: Implementar a atenção especializada, de forma articulada com a Atenção Básica na macrorregião

DIRETRIZ: Valorização da gestão do trabalho em saúde no SUS/BA

OBJETIVO: Promover estratégias para regularização dos vínculos trabalhistas e valorização dos trabalhadores da saúde

OBJETIVO: Fortalecer a educação permanente para qualificação dos processos e relações de trabalho a partir das necessidades da macrorregião

DIRETRIZ: Aprimoramento dos processos de gestão estratégica em saúde e fortalecimento do controle social

OBJETIVO: Implantar espaços de governança na macrorregião de saúde

OBJETIVO: Aprimorar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação na macrorregião

OBJETIVO: Qualificar os conselhos de saúde de acordo com as necessidades macrorregionais

OBJETIVO: Garantir financiamento regular e suficiente para Rede de Atenção à Saúde macrorregional

Oficina realizada dia 19/07/2022



Macrorregião Nordeste

DIRETRIZ: Aprimoramento das ações de vigilância em saúde, proteção, promoção e prevenção em todos os níveis de atenção, com ênfase na integração com a Atenção Primária de Saúde

OBJETIVO: Aprimorar o processo de trabalho da investigação de óbitos maternos, infantis e fetais na RAS

OBJETIVO: Qualificar a integração da vigilância em saúde na RAS

DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde - RAS para a garantia de acesso de forma integral e regionalizada

OBJETIVO: Garantir a integralidade da atenção à gestante na RAS da macrorregião

OBJETIVO: Fortalecer os serviços que realizam parto na macrorregião

OBJETIVO: Implantar maternidade macrorregional para alto risco

OBJETIVO: Qualificar os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde de acordo com a PNAB, com vistas à melhoria do acesso da população

OBJETIVO: Qualificar os processos de trabalho na Atenção Especializada para garantir o acesso e a integralidade do cuidado materno e infantil

OBJETIVO: Garantir a qualificação dos profissionais de saúde para triagem, diagnóstico e tratamento adequado da sífilis em gestantes

OBJETIVO: Assegurar a composição das equipes conforme previsto na legislação vigente e/ou necessidade e porte do serviço

DIRETRIZ: Promoção de políticas públicas de valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA

OBJETIVO: Fortalecer estratégias da Gestão do Trabalho e da Educação Permanente para melhoria da qualificação profissional

DIRETRIZ: Qualificação da Gestão estratégica e fortalecimento do controle social

OBJETIVO: Fortalecer a atuação e autonomia dos CMS da macrorregião

OBJETIVO: Fortalecer os espaços de discussão e decisão macrorregionais

OBJETIVO: Elaborar o Plano Macrorregional de Atenção à Materna Infantil

Oficina realizada dia 19/07/2022



Macrorregião Sudoeste

DIRETRIZ: Potencialização da Rede de Atenção à Saúde Integral e Regionalizada

OBJETIVO: Fortalecer a rede materna infantil a fim de garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e crianças de 0 a 24 meses de forma humanizada a partir da qualificação da atenção primária.

OBJETIVO: Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade no âmbito da rede materna infantil de forma integrada e regulada em tempo oportuno, prioritariamente na macrorregião.

OBJETIVO: Implementar as ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção no âmbito da rede materna infantil.

DIRETRIZ: Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA

OBJETIVO: Garantir a melhoria de aspectos relacionados ao vínculo e condições de trabalho reduzindo a precarização.

OBJETIVO: Fortalecer a execução da política de educação permanente em saúde na macrorregião

OBJETIVO: Implementar ações de acompanhamento da saúde do trabalhador na macrorregião


DIRETRIZ: Consolidação da gestão estratégica e controle social

OBJETIVO: Fortalecer as ações de controle social e qualificar os conselhos de saúde para sua atuação no SUS

OBJETIVO: Implementar ações de monitoramento e avaliação periódica dos serviços de saúde, bem como a execução adequada dos recursos financeiros.

OBJETIVO: Aprimorar o processo de trabalho da investigação de óbitos maternos, infantis e fetais na RAS

Oficina realizada dia 19/07/2022



Macrorregião Centro Leste

DIRETRIZ: Fortalecimento das ações de vigilância em saúde, proteção, prevenção e promoção em todos os níveis de atenção.

OBJETIVO: Registrar todas as agravos de doenças compulsórias relacionadas a gravidez.

OBJETIVO: Estruturar a Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios da Macrorregião Centro Leste

OBJETIVO: Fortalecer investigação de óbitos Materno e Infantil

OBJETIVO: Assegurar a aquisição, armazenamento, distribuição e administração dos imunobiológicos do calendário vacinal estabelecido pelo MS na rede pública de saúde

OBJETIVO: Promover a integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde na macrorregião

DIRETRIZ: Potencialização de uma Rede de Atenção à Saúde - RAS resolutive e humanizada

OBJETIVO: Ampliar o acesso de forma organizada a serviços ambulatoriais especializados para gestante e recém-nascido com garantia de exames em tempo oportuno

OBJETIVO: Ampliar a cobertura do SAMU na macrorregião

OBJETIVO: Fortalecer a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS

OBJETIVO: Desenvolver estratégias para qualificação do acesso com classificação de risco nos pontos de atenção da RAS

OBJETIVO: Assegurar o acesso à atenção hospitalar qualificada em todos os níveis de complexidade na macrorregião

OBJETIVO: Assegurar o acesso aos medicamentos do elenco da assistência farmacêutica

OBJETIVO: Qualificar o processo regulatório entre os pontos de atenção na macrorregião

OBJETIVO: Qualificar o atendimento móvel de urgência na macrorregião

DIRETRIZ: Fortalecimento da valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/BA

OBJETIVO: Potencializar a educação permanente e continuada para a qualificação e atualização dos profissionais de acordo com as necessidades da macrorregião

OBJETIVO: Desenvolver estratégias para fortalecimento dos vínculos trabalhistas e fixação dos profissionais em seus postos de trabalho

OBJETIVO: Garantir condições de trabalho humanizadas e adequadas para um melhor desempenho das atividades profissionais

DIRETRIZ: Fortalecimento da Gestão estratégica e controle social

OBJETIVO: Fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde da macrorregião.

OBJETIVO: Integrar os sistemas de informação e os mecanismos da gestão estratégica e participativa na macrorregião.

Oficina realizada dia 21/07/2022



1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070

Macrorregião Extremo Sul

DIRETRIZ: Fortalecimento e integração da Vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção.

OBJETIVO: Desenvolver ações priorizando a integração da VS e APS.

OBJETIVO: Implementar ações de integração de vigilância em saúde com a média e alta complexidade.

OBJETIVO: Implementar o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) macrorregional.

DIRETRIZ: Fortalecimento e Reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) integral, humanizada e regionalizada

OBJETIVO: Aprimorar o acesso e os serviços de saúde de forma resolutiva e de qualidade na APS.

OBJETIVO: Organizar o acesso e os serviços de saúde de forma resolutiva e de qualidade na média e alta complexidade na macrorregião

OBJETIVO: Qualificar a articulação dos processos regulatórios na macrorregião

OBJETIVO: Modelar a Rede de Atenção à saúde Materno Infantil segundo a linha de cuidado.

OBJETIVO: Implementar o Plano Estratégico de Atenção Hospitalar (PAH) na macrorregião.

DIRETRIZ: Valorização do trabalho e do trabalhador no SUS/IBA com ênfase na desprecarização progressiva dos vínculos

OBJETIVO: Promover a política de valorização do trabalho e do trabalhador no SUS na macrorregião

DIRETRIZ: Aprimoramento da gestão estratégica e potencialização do controle social

OBJETIVO: Fortalecer os mecanismos da gestão participativa e do controle social na macrorregião

OBJETIVO: Estimular a gestão estratégica com foco no fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Oficina realizada dia 21/07/2022



Macrorregião Oeste

DIRETRIZ: Potencialização da Integração entre Atenção à Saúde e Vigilância, proteção, promoção e prevenção em saúde em todos os níveis de atenção

OBJETIVO: Ampliar a oferta de exames básicos para pré-natal de risco habitual e exames de alta complexidade para pré-natal de alto risco com garantia de resposta em tempo oportuno

OBJETIVO: Implantar a Câmara Técnica para vigilância de raios maternos, infantis e fetais e transmissão vertical (sífilis, HIV e hepatites virais) na macrorregião.

DIRETRIZ: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Integral, Humanizada e Regionalizada

OBJETIVO: Reestruturar a Rede Materna - Infantil, qualificando a assistência ao pré-natal, parto e puerpério com vista a redução da morbimortalidade materna.

OBJETIVO: Reestruturar a Rede Materna - Infantil, qualificando a assistência a puercultura com vista a redução da morbimortalidade infantil

OBJETIVO: Reestruturar a Rede de Hemoterapia e Hematologia na macrorregião Oeste com ampliação do acesso e resposta em tempo oportuno

DIRETRIZ: Valorização da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na macrorregião Oeste

OBJETIVO: Fortalecer as estratégias de desprecarização dos vínculos trabalhistas e Educação Permanente em Saúde.

DIRETRIZ: Aprimoramento da Gestão Estratégica e qualificação do controle social

OBJETIVO: Implementar os CMS com vistas ao aprimoramento da sua atuação frente ao monitoramento e avaliação da gestão estratégica da linha Materna-Infantil e outras.

OBJETIVO: Melhorar o monitoramento e avaliação das ações da linha Materna-Infantil e outras, respeitando os espaços de governanças.

OBJETIVO: Fortalecer a Divisão SUS na macrorregião Oeste.

Oficina realizada dia 21/07/2022




Em seguida mostrou a Agenda de trabalho PRI/2022, colocando que depois que concluírem essa etapa, como apresentado na CIB de maio, em que se aprovou o cronograma, se discutiu a análise da capacidade instalada e ficou como proposta para os gestores atualizar os CNES até agosto, porque o Instituto de Saúde Coletiva sinaliza no projeto que apresentou, sobre a necessidade de um CNES atualizado, na fala da contedista Alcina Romero também para as macrorregiões em que ela esteve presente, reforça a necessidade de um CNES atualizado para fazer a análise da capacidade instalada. A proposta é que fizessem isso em agosto e depois fazerem uma avaliação das análises variáveis socioeconômicas apresentadas pelo GTTM também em agosto e discutirem uma análise de capacidade instalada, GTTM.focal, que é o representante que terá acesso ao secretário municipal até outubro de 2022 para vir validar aqui, depois de passar com os gestores municipais em dezembro de 2022. Para diretrizes, objetivos e metas a proposta é a construção de metas e indicadores pelo GTTM em setembro 2022, ações e responsáveis em outubro de 2022, para estar com gestores aqui na CIB em novembro 2022. Este foi o cronograma apresentado aos gestores e finalizou, lembrando que esse material estava sujeito à aprovação da CIB.

Agenda de trabalho PRI/2022

ATIVIDADE	ENVOLVIDOS	PRAZO
ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE INSTALADA		
ATUALIZAÇÃO DO CNES	GESTORES MUNICIPAIS	ago/22
ANÁLISE DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMORÁFICAS	GTTM	ago/22
ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA	GTTM/Ponto Focal	out/22
VALIDAÇÃO PELOS GESTORES	GESTORES MUNICIPAIS	dez/22
DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)		
CONSTRUÇÃO DE META E INDICADOR POR OBJETIVO	GTTM/Ponto Focal	set/22
CONSTRUÇÃO DAS AÇÕES E RESPONSÁVEIS	GTTM/Ponto Focal	out/22
VALIDAÇÃO PELOS GESTORES	GESTORES MUNICIPAIS	nov/22



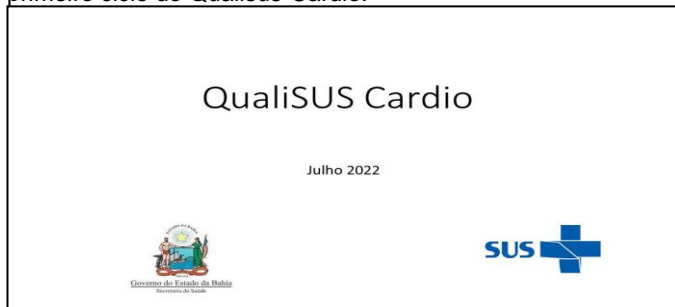
Obrigada!



Raquel Ferraz, Secretária Municipal de Saúde de Abaré e Membro da CIB, cumprimentou a todos, colocando em relação à Oficina da Região Norte, programada para terça-feira, que contava com a presença e o apoio da Secretária, que fará toda a diferença se estiver presente nessa reunião, muito importante para dar andamento ao PRI da Região Norte. Brincou que os últimos serão os primeiros, então como a Região Norte ficou por último com certeza que será a primeira da Bahia. A **Coordenadora** colocou que tinha mesmo a expectativa de participar e esperava que desse tudo certo. Colocou em aprovação e **houve consenso**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 3. GRUPO CONDUTOR DE REDES: Cássio Garcia/Alcina Romero**. **Cássio Garcia, Assessor do Gasec**, colocou que a reunião do Grupo Condutor foi bastante positiva, com alguns pontos de pauta SAIS/DAE e DGC. E passou a palavra para Alcina Romero, para o ponto de pauta **3.1 Aprovação do detalhamento do componente de Atenção Domiciliar da Rede de Atenção às Urgências dos municípios de Tanhaçu, Ribeira do Amparo/Heliópolis e Nova Soure**. **Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e deu início ao ponto da pauta do Grupo Condutor de Redes, explicou que esse compartilhamento de equipes para municípios com menos de 20.000 mil habitantes é prevista na atual legislação da atenção domiciliar. **3.2 Aprovação dos estabelecimentos e serviços de saúde componentes da Linha do Cuidado às Pessoas Vivendo com o Vírus HTLV da Região de Saúde de Santo Antônio de Jesus** - informou que algumas CIR continuam sem aprovar a linha do cuidado do HTLV, e fez um apelo aos Coordenadores de Núcleos para comentarem em seus espaços e que conseguissem aprovar 100% das regiões da Bahia. **3.3 Aprovação do Detalhamento Técnico da Ampliação de frota do SAMU Regional de Guanambi com a implantação de mais uma unidade de suporte básica para o município de Guanambi; 3.4 Credenciamento do Hospital Calixto Midlej Filho para transplante renal** - pontuou que o Hospital Calixto Midlej Filho historicamente sempre fez transplante renal e, por questões operacionais e administrativas da unidade, a Santa Casa de Misericórdia de Itabuna solicitou desabilitação há dois anos e agora, com o apoio da Secretaria Municipal de Itabuna, retornou a solicitação para sua habilitação, e a Diretoria de Atenção especializada-DAE, está encaminhando ao Ministério da Saúde da Saúde; **3.5 Habilitação do 1º Ciclo do Programa de Qualisus-Cardio HGRS/HAN/HSI/IBR/HCMF/HSVP/HP-** referiu que

1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097
1098
1099
1100
1101
1102
1103
1104
1105
1106
1107
1108
1109
1110
1111
1112
1113
1114
1115
1116
1117
1118
1119
1120
1121
1122
1123
1124
1125
1126
1127
1128
1129
1130
1131
1132
1133
1134
1135
1136
1137

houve um equívoco nos nomes dos hospitais e que será corrigido, mas tem uma apresentação feita pela DAE, a pedido do Grupo Condutor, e informou que se trata da Portaria nº 1099, de 12 de maio de 2022, que institui o Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular, Qualisus-Cardio, complementada pela Portaria nº 1100, de 12 de maio de 2022, que define o primeiro ciclo do Qualisus-Cardio.



Informou alguns pontos importantes: 1- A portaria traz a classificação em níveis dos estabelecimentos de assistência em saúde no âmbito da complexidade cardiovascular, a partir da análise de indicadores relativos a volume, qualidade e complexidade da assistência ofertada, classificando todas as unidades habilitadas do Brasil nos níveis A, B, C e D daqueles que apresentaram e cumpriram o número mínimo de procedimentos pela Portaria de habilitação. Classificando em níveis A, B, C e D, e é dado o incremento de 75% em cada um, são inúmeros, mas, destes procedimentos, o Ministério da Saúde da Saúde só focou basicamente em plástica valvar com revascularização do miocárdio, dependendo de um barema que fez de volume e qualidade, entendendo número de óbito pós cirúrgico, número de reinternação, média de permanência e vários indicadores. Então, classifica para cada procedimento: nível A - 75% de incremento; nível B - 65% de incremento; nível C - 45% de incremento; nível D - 30%. Ou seja, na tabela SUS os estabelecimentos nível A terão um incremento de 75% no valor do serviço profissional e serviço hospitalar, sendo um incremento razoável. Salientou que isso foi no mês de maio e, na reunião da CIB de junho ou de julho, por conta dessa portaria ser uma das que não foram pactuadas na Tripartite, a CIB aprovou em resolução, a não adesão da Bahia, por orientação do CONASSSS e do CONASEMS, a nenhuma das várias portarias que não foram pactuadas na Tripartite. Explicou que tinha recebido várias solicitações para o QualiSUS-Cardio, porém não tinha encaminhado à CIB para aprovação, por conta dessa resolução mais abrangente. Colocou que o CONASSSS e o CONASEMS publicaram nota no dia primeiro de julho de 2022, liberando a pactuação pelas CIB das seguintes Portarias: Consórcio, QUALIDOT, (qualificação de transplante) e outras, entre elas QualiSUS-cardio.

Pontos Importantes

1. Classificação em níveis dos EAS no âmbito da alta complexidade cardiovascular a partir da análise de indicadores relativos ao volume, à qualidade e à complexidade da assistência ofertada;

- I - Estabelecimento de saúde de Nível A: 75% (setenta e cinco por cento);
- II - Estabelecimento de saúde de Nível B: 65% (sessenta e cinco por cento);
- III - Estabelecimento de saúde de Nível C: 45% (quarenta e cinco por cento); e
- IV - Estabelecimento de saúde de Nível D: 30% (trinta por cento).

2. Estabelece incrementos sobre os valores de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares em conformidade com o desempenho aferido; financiamento FAEC;

CODIGO	PROCEDIMENTO
930001.001.0	PLASTICA VALVAR
930001.001.1	PLASTICA VALVAR COM REVASCLARIZACAO MIOCARDICA
930001.001.4	PLASTICA VALVAR COM TROCA VALVAR MITRAL
930001.007	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPORAL
930001.008	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPORAL COM MANEJAMENTO
930001.009	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPORAL
930001.010	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA COM USO DE EXTRACORPORAL COM MANEJAMENTO

Prest'enção

Informe do CONASS para os Secretários

N. 29 | 19 de julho de 2022

Conforme apresentado e discutido na 6ª Assembleia do Conselho no mês de junho de 2022, o Conass, em conjunto com o Conasems, enviou esforços para resgatar, junto às diferentes áreas técnicas e setores do Ministério da Saúde, a pactuação tripartite no que se refere à operacionalização de ações e serviços no SUS, tendo sido realizadas reuniões com a Secretaria Executiva/MS nas quais foram apresentadas e discutidas 14 portarias ministeriais publicadas sem a devida pactuação tripartite.

Tais esforços resultaram na pactuação na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT ocorrida em 30/06/2022, dos seguintes temas:

- Portaria Consórcios Públicos;
- Programa QualiDOT;
- Portaria nº 908/2022 – Cuidado Pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1105/2022 – Atividade Física na APS;
- Portaria nº 1352/2022 – Pontos de Parada e Descanso, incentivo financeiro federal para desenvolvimento de ações à saúde integral dos caminhoneiros e garimpeiros na APS;
- Portarias nº 3655/2021; 1098/2022; 1099/2022; 1100/2022 – Procedimentos de alta complexidade Cardiovascular e QualiSUS Cardio. Neste caso a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) apresentou as informações relacionadas ao impacto das portarias nas IES por meio de um painel cujo link será encaminhado aos gestores.

Com isso tinham se reportado a todos os prestadores e solicitado novos ofícios de adesão, salientando que, com isso, estavam solicitando à CIB a adesão ao primeiro ciclo da QualiSUS-Cardio dos hospitais que foram classificados no Programa:

Classificação dos Estabelecimentos de Saúde conforme nível de desempenho – Bahia

ESTABELECIMENTO	CNES	MUNICÍPIO	GESTÃO	NÍVEL
Hospital Santa Isabel	3832	Salvador	Municipal	A
Hospital Ana Nery	3875	Salvador	Estadual	
IBR Hospital	2488892	Vitória da Conquista	Estadual	
Hospital São Vicente	2487756	Vitória da Conquista	Municipal	
Hospital Português	4251	Salvador	Municipal	C
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	3816	Salvador	Estadual	D
Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	2301318	Teixeira de Freitas	Municipal	
Hospital Calixto Midlej Filho	2772.280	Itabuna	Municipal	


Hospital Santo Isabel; Hospital Ana Nery; Hospital IBR de Vitória da Conquista; Hospital São Vicente de Vitória da Conquista; Hospital Português; HUPS; Hospital de Teixeira de Freitas; Hospital Calixto Midlej. Informou que no nível A, a Bahia ficou com

1138 quatro hospitais: Santo Isabel; Ana Nery; IBR; São Vivente, sendo dois da gestão municipal e dois da gestão estadual. No
 1139 Nível B, nenhum classificado. Nível C: Hospital Português - gestão municipal. Nível D: Edgar Santos; Municipal de Teixeira de
 1140 Freitas; Calixto Midlej, sendo os dois últimos de gestão municipal. Solicitou aprovação da CIB para cada Hospital, com sua
 1141 Resolução individual, porque é um processo que correrá juntamente com a DICON, cada um com sua proposta SAIPS, porque
 1142 pode ser que necessite pedir diligência e fica mais fácil. Reiterou que encaminhariam as minutas individuais de cada hospital à
 1143 Secretária Executiva da CIB. **Cássio Garcia** solicitou esclarecimento, se são os que aderiram e **Alcina Romero** esclareceu
 1144 que são os classificados e todos solicitaram adesão. **Cássio Garcia** perguntou se tem hospital que não está classificado e
 1145 **Alcina Romero** informou que os dois únicos hospitais que estão habilitados na alta complexidade cardiovascular do estado da
 1146 Bahia que não foram classificados são o Hospital Roberto Santos e Promatre, de Juazeiro, porque não apresentam produção
 1147 de revascularização de miocárdio. Informou que o Hospital Roberto Santos e Promatre, de Juazeiro têm produção altíssima de
 1148 procedimento de cardiologia intervencionista, mas para o Qualisus-Cardio e na Portaria de habilitação os dois procedimentos
 1149 são casados, não podendo ter apenas procedimento de cardiologia intervencionista, lógico que hoje a grande necessidade da
 1150 rede é cardiologia intervencionista, porém precisavam garantir a integralidade, porque precisa de revascularização, foram
 1151 esses procedimentos que o Ministério da Saúde pegou e não usou no parâmetro cardiologia intervencionista, usando apenas
 1152 revascularização e plástica valvar. Ressaltou que para a SESAB foi uma grande decepção, não focando nada na cirurgia
 1153 vascular e endovascular que para o estado é um gargalo maior do que revascularização e plástica valvar. Reiterou que nada
 1154 da vascular foi levado em consideração. Então tinham conversado com o CONASSSSS a respeito, mas existe um movimento
 1155 para sair o Qualivascular, e talvez o Quali-intervencionista e Qualivascular, porque se já havia uma dificuldade uma preferência
 1156 dos prestadores em fazer de cardiologia, agora, com 75% de incremento em valor de AIH, ninguém vai querer fazer vascular.
 1157 Exclamou que isso lhes preocupava muito e a vascular ficará apenas com o Hospital Roberto Santos, que não foi classificado.
 1158 A **Coordenadora** ponderou que ainda buscando lhes animar, Alcina Romero mencionou que ficou decepcionada e podendo
 1159 parecer ter sido com o desempenho do Hospital Roberto Santos, mas não ficou decepcionada com a Portaria. **Alcina Romero**
 1160 ressaltou que o Ministério da Saúde privilegiou muito o que já era um pouco privilegiado, a cirurgia cardíaca, lógico que
 1161 achavam importante qualquer tipo de incremento de valor de tabela pelo Ministério da Saúde da Saúde, não se tratando disto,
 1162 mas do não entendimento sobre porque apenas esses procedimentos, e a resposta veio de uma forma que não tinham
 1163 compreendido muito, por conta da supressão dos tetos MAC nos meses de dezembro e janeiro, de um valor alto sobre a
 1164 diferença de valores de mercado de tabela SUS de órgãos, de órtese e próteses onde constam os stents, insufladores e
 1165 balões, porém essas órteses, próteses e materiais especiais - OPME, também estão nos procedimentos por hemodinâmica de
 1166 cardiologia intervencionista e nos procedimentos vasculares, o que justifica, mas não explica. Então tinham que lutar, não para
 1167 não receberem o incremento do Qualisus-Cardio, mas para ampliarem os procedimentos e os prestadores para as demais
 1168 cirurgias, como as angioplastias, vascularização de membros, que é um problema grande. A **Coordenadora** buscou a
 1169 vinculação na fala de Alcina Romero, enquanto técnica, do que há na proposta do Qualisus-Cardio e o vínculo que não está na
 1170 portaria, mas ocorreu de fato nas alterações dos valores na tabela SIGTAP, especialmente para OPME vinculados a
 1171 cardiologia. Então há um movimento que não parece fazer sentido para quem está na gestão da saúde e na gestão de forma
 1172 integral, e que repercute de forma importante na gestão, principalmente de serviços em gestão direta e indireta de rede própria.
 1173 **Alcina Romero** explicou que, se fizessem uma estimativa, o que será retirado do teto MAC pela OPME, nem de longe será
 1174 igual ao incremento que será dado ao Qualisus-Cardio, é muito menor.


1175
1176
1177
1178
1179
1180
1181
1182
1183
1184
1185
1186
1187
1188
1189
1190
1191
1192
1193
1194
1195
1196
1197
1198
1199
1200
1201
1202
1203
1204

QualiSUS Cardio


Julho 2022



Arcabouço Legal



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA GMIMS Nº 1.089, DE 12 DE MAIO DE 2022
Institui o Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular - QualiSUS Cardio.




PORTARIA GMIMS Nº 1.100, DE 12.05.2022
Define o 1º Ciclo do Programa de Qualificação da Assistência Cardiovascular - QualiSUS Cardio, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Pontos Importantes

- Classificação em níveis** dos EAS no âmbito da alta complexidade cardiovascular a partir da análise de indicadores relativos ao volume, à qualidade e à complexidade da assistência ofertada;
 - I - Estabelecimento de saúde de Nível A: 75% (setenta e cinco por cento);
 - II - Estabelecimento de saúde de Nível B: 60% (sessenta por cento);
 - III - Estabelecimento de saúde de Nível C: 45% (quarenta e cinco por cento); e
 - IV - Estabelecimento de saúde de Nível D: 30% (trinta por cento).
- Estabelece incrementos sobre os valores de procedimentos cirúrgicos cardiovasculares em conformidade com o desempenho aferido; financiamento FAEC;

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
94.00.01.003	PLASTICA VALVAR
94.00.01.011	PLASTICA VALVAR O REVASCLARIZACAO MIOCARDICA
94.00.01.004	PLASTICA VALVAR COM TROCA VALVAR MITRAL
94.00.01.007	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA O USO DE EXTRACORPOREA
94.00.01.010	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA O USO DE EXTRACORPOREA O 2 OU MAIS MEMBROS
94.00.01.013	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA O USO DE EXTRACORPOREA
94.00.01.014	REVASCLARIZACAO MIOCARDICA O USO DE EXTRACORPOREA O 2 OU MAIS MEMBROS



Prest'enção
Informe do CONASS para os Secretários

N. 29 | 14 de julho de 2022

Conforme apresentado e discutido na 08ª Assembleia do Conselho no mês de junho de 2022, o Conass, em conjunto com o Consensm, enviou esforços para resgatar, junto às diferentes áreas técnicas e setores do Ministério da Saúde, a pactuação tripartite no que se refere a operacionalização de ações e serviços no SUS, tendo sido realizadas reuniões com a Secretaria Executiva/MS nas quais foram apresentadas e discutidas 14 portarias ministeriais publicadas sem a devida pactuação tripartite.

Tais esforços resultaram na pactuação na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT ocorrida em 30/06/2022, dos seguintes temas:

- Portaria Consórcios Públicos;
- Programa QualiDOT;
- Portaria nº 906/2022 – Cuidado Pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1105/2022 – Atividade Física na APS;
- Portaria nº 1352/2022 – Ponto de Parada e Descanso, incentivo financeiro federal para desenvolvimento de ações à saúde integral dos caminhoneiros e **garibóias** na APS;
- Portarias nº 3695/2021; 1098/2022; 1099/2022; 1100/2022 – Procedimentos da alta complexidade Cardiovascular e QualiSUS Cardio. Neste caso a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) apresentou as informações relacionadas ao impacto das portarias nas **SES** por meio de um painel cujo link está encaminhado aos gestores.

1205
1206
1207
1208
1209
1210
1211
1212
1213
1214
1215
1216
1217
1218
1219
1220
1221
1222
1223
1224
1225
1226
1227
1228
1229
1230
1231
1232
1233
1234
1235
1236
1237
1238
1239
1240
1241
1242
1243
1244
1245
1246
1247
1248
1249
1250
1251
1252
1253
1254
1255
1256
1257
1258
1259
1260
1261
1262
1263
1264
1265
1266
1267
1268
1269
1270
1271

Classificação dos Estabelecimentos de Saúde conforme nível de desempenho – Bahia

ESTABELECIMENTO	CNES	MUNICÍPIO	GESTÃO	NÍVEL
Hospital Santa Isabel	3832	Salvador	Municipal	A
Hospital Ana Nery	3875	Salvador	Estadual	
IBR Hospital	2488892	Vitória da Conquista	Estadual	
Hospital São Vicente	2487756	Vitória da Conquista	Municipal	
Hospital Português	4251	Salvador	Municipal	C
Hospital Universitário Professor Edgard Santos	3816	Salvador	Estadual	D
Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	2301318	Teixeira de Freitas	Municipal	
Hospital Calisto Midley Filho	2772280	Itabuna	Municipal	

Dando seguimento, **Alcina Romero** colocou os próximos pontos da pauta: **3.6 Manutenção das metas quantitativas e qualitativas para Organizações de Procura de Órgãos (OPO) do Estado da Bahia aprovadas através da CIB Nº 024/2017 para avaliação do período de 2019 a 2020.** Esclareceu que foi aprovado pelo grupo condutor, tratando-se apenas de uma manutenção de metas das organizações de procura de órgãos, que é algo cartorial exigido pelo Ministério da Saúde da Saúde. Passou para próximo ponto: **3.7 Habilitação do Serviço Integrado Sincrônico em Oncologia do HGVC.** Disse que se tratar de uma nova habilitação no âmbito da oncologia, que o Ministério da Saúde da Saúde instituiu mediante portaria e o que se chamava de cirurgia hiper térmica, que é para alguns tipos de neoplasia intra-abdominal e que não era contemplada na tabela SIGTAP e já na portaria consta a habilitação do Hospital Aristides Maltez, sem precisar de nenhum tipo de movimento de CIB e SAIPS, embora o Aristides Maltez não realize esse tipo de cirurgia. Falou para Ana Laura e Décio, técnica e Secretário de Salvador, que esperava que o Hospital conseguisse se estruturar o mais rápido possível, para fazer este procedimento. Solicitou a habilitação do Hospital Geral de Vitória da Conquista, que é o único na Bahia que há um ano vem realizando essa cirurgia de alta tecnologia, e encaminhariam a minuta de resolução específica para a CIB. Iniciou a apresentação do ponto **3.8 Situação da Habilitação dos leitos de UTI Tipo II.**

Habilitação Leitos UTI

Julho 2022



PT GM/MS nº 220/2022

- Habilita, com pendência, leitos de unidades de terapia intensiva - UTI Adulto e Pediátrico Tipo II e estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro MAC a Estados e Municípios.
- Bahia: 429 leitos em 34 Unidades Hospitalares
- Gestão Estadual: 341 leitos (R\$ 67.211.100,00)
- Gestão Municipal: 88 leitos (R\$ 17.344.800,00)
- 4º Parcela

Dando ênfase à Portaria GM/MS 220/2022, que incorporou o legado da COVID, com a habilitação de 6500 leitos de UTI tipo II no Brasil, e a Bahia teve direito a 430 leitos, tinham conseguido solicitar a habilitação de 429 leitos, porém o prazo para habilitação definitiva implica em cumprimento do total de requisitos completos da RDC nº 7 da ANVISA, o que não era exigido na época da COVID, porque estavam no estado de emergência e eram muito menos requisitos para habilitação de UTI COVID, mas para UTI tipo II são todos os requisitos da RDC.

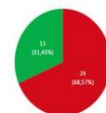
Requisitos para Habilitação Permanente

- Prazo: 30/07/2022
- Relatório Vigilância Sanitária quanto cumprimento de requisitos estabelecidos pela Resolução ANVISA nº 07/2010
- Solicitação do Gestor Estadual
- Sistema SAIPS.

Situação Atual

- Propostas SAIPS
- Principais Pendências
 - Recursos Beira Leito
 - Garantia de Assistência Multidisciplinar
 - Projeto Arquitetônico
 - Estrutura Física (RDC ANVISA N°50/2002)
 - Equipamentos

ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE



Informou que teve dificuldade em alguns, o estado está com 30% de unidades aprovadas encaminhadas ao Ministério da Saúde da Saúde e já no final do prazo que foi dado. Apresentou a situação para membros da CIB, situando que são 429 leitos em 34 unidades hospitalares na Bahia, 341 leitos na Gestão Estadual com um aporte de recurso de R\$ 67.211.100,00 anual e na Gestão Municipal 88 leitos com aporte de R\$ 17.344.800,00. Ressaltou que já estão na sétima parcela, e na gestão municipal tem Salvador, Paulo Afonso, Jacobina, Itabuna e Serrinha com o prazo para dia trinta, com relatório da vigilância e solicitação do gestor, lembrando que essas propostas são inseridas no SAIPS. Mostrou a situação atual apenas 31% dos

1272 nossos leitos estão aprovados e 68% das nossas unidades ainda não tinham conseguido inserir, mas estavam na fase final.
 1273 Colocou que a SESAB teve um movimento intenso para não deixarem de habilitar nenhum leito, para isso tinham formado um
 1274 grupo SESAB e COSEMS, com várias áreas técnicas, sendo coordenado pela Chefe de Gabinete, Roberta, e toda semana, às
 1275 terças e quintas-feiras, esse grupo se reúne, com a participação da Vigilância Sanitária, que é um ator fundamental, e para
 1276 conseguirem encaminhar todas as propostas e fez menção a Ubiraylson Andrade, Paula Franca, Diretora da DICON, a quem
 1277 compete o trabalho duro de inserção das propostas no SAIPS, então o trabalho tem sido muito grande, de interlocução diária
 1278 com os municípios.

Nota Técnica

12/07/2022

SEIMS - 0027981537 - Nota Informativa



Ministério da Saúde
 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
 Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
 Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar

NOTA INFORMATIVA Nº 78/2022-CGAHD/DAH/SAES/MS

Assunto: Altera a Nota Informativa nº 67/2022 - CGAHD/DAH/SAES/MS - Portaria GM/MS nº 220/2022 de 27 de janeiro de 2022.

Diante das inúmeras solicitações que esta Coordenação-Geral tem recebido, observou-se a necessidade de estabelecer o fluxo para a operacionalização dos remanejamentos dos respectivos leitos de UTI adulto e pediátrico, habilitados com pendências pela Portaria GM/MS nº 220/2022, de forma a organizar minimamente a realização dessas alterações, evitando assim possíveis reitificações desnecessárias.

Nesse sentido, os Estados e Municípios devem providenciar:

I - **Resolução CIB única por UE:** Os Estados que necessitarem realizar qualquer alteração quanto aos leitos de UTI habilitados pela Portaria GM/MS nº 220/2022 deverão deliberar, em CIB única, todas as alterações necessárias e possíveis, devendo constar em planilha (conforme modelo a seguir), para que possam avaliar e providenciar as alterações pleiteadas.

ESTADO:		QUANTIDADE DE LEITOS PUBLICADOS PT/GM 220/2022 PARA O ESTADO:														
LEITOS HABILITADOS COM PENDÊNCIAS PELA PT/GM 220/2022		PROPOSTA DE REMANEJAMENTOS														
UF	MUNICÍPIO	IBGE	CNES	ESTABELECIMENTO	GESTÃO	LEITOS UTI ADULTO	LEITOS UTI PEDIÁTRICO	TOTAL LEITOS	MUNICÍPIO	IBGE	CNES	ESTABELECIMENTO	GESTÃO	LEITOS UTI ADULTO	LEITOS UTI PEDIÁTRICO	TOTAL LEITOS
TOTAL GERAL:		TOTAL GERAL:														

* Planilha anexa, disponibilizada também em formato Excel 0027982185.

1296 Informou que, mais uma vez, no dia doze de julho o Ministério da Saúde alterou uma nota técnica que havia emitido no mês de
 1297 janeiro, não aceitando nenhuma substituição, e se algum estado não conseguir cumprir os RDC 7 da ANVISA que solicitasse
 1298 desabilitação, com a aprovação da CIB, e, se quisesse, podia inserir no SAIPS proposta de outras UTI. Ressaltou que não
 1299 substitui, vinham trabalhando nesta lógica e, no dia 12 de julho, faltando menos de um mês para o prazo final, o Ministério da
 1300 Saúde emitiu a outra nota, alterando a nota informativa. Leu a nota do Ministério da Saúde: "Diante das inúmeras solicitações
 1301 que essa coordenação tem recebido observou a necessidade de estabelece o fluxo para paralisação de remanejamento".
 1302 Comentou que, neste sentido, o Ministério da Saúde volta atrás e aprova esses remanejamentos, resolução CIB única por
 1303 unidade da federação, os estados que necessitarem realizar qualquer alteração quanto aos leitos de UTI deverão deliberar
 1304 todas as alterações necessárias e possíveis em CIB única, devendo constar em planilha, conforme modelo, para que
 1305 pudessem avaliar e providenciar as alterações. Pontuou que depois de muitas análises com prestadores, Vigilância, gestores e
 1306 área técnica da SESAB, apresentava a proposta de remanejamento e submetia à apreciação da CIB, conforme *slide* abaixo:

Proposta de Remanejamento

ESTADO: BAHIA		QUANTIDADE DE LEITOS PUBLICADOS PT/GM 220/2022 PARA O ESTADO: 429														
LEITOS HABILITADOS COM PENDÊNCIAS PELA PT/GM 220/2022		PROPOSTA DE REMANEJAMENTOS														
UF	MUNICÍPIO	IBGE	CNES	ESTABELECIMENTO	GESTÃO	LEITOS UTI ADULTO	LEITOS UTI PEDIÁTRICO	TOTAL LEITOS	MUNICÍPIO	IBGE	CNES	ESTABELECIMENTO	GESTÃO	LEITOS UTI ADULTO	LEITOS UTI PEDIÁTRICO	TOTAL LEITOS
BA	BRLIMADO	2904603	2386569	HOSPITAL MUNICIPAL PROF. MAGALHÃES NETO	ESTADUAL	10		10	CAETITE	2902106	7319770	HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETITE	ESTADUAL	10		10
BA	TEIXEIRA DE FREITAS	2931350	2201318	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	MUNICIPAL	8		8	PORTO SEGURO	2925303	6659772	NEUROCOR	ESTADUAL	9		9
BA	ITABERABA	2914703	2470098	HOSPITAL GERAL DE ITABERABA	MUNICIPAL	10		10	ITABERABA	2914703	2862301	HOSPITAL REGIONAL JAHEL ALMEIDA MASCARENHAS	MUNICIPAL	10		10
BA	CACHOEIRA	2904902	2386879	HOSPITAL SÃO JOÃO DE DELS	ESTADUAL	10		10	SINÕES FILHO	2930709	2532387	HOSPITAL MUNICIPAL DE SINÕES FILHO	MUNICIPAL	5		5
									SALVADOR	2927408	3875	HOSPITAL ANA NERY	ESTADUAL	4		4
									SÃO FELIX	2520613		HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POPEIA	MUNICIPAL	3		3
BA	GUANAMBI		2804034	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	ESTADUAL	10		10	VITÓRIA DA CONQUISTA	2402084		HCC HOSPITAL DE CLÍNICAS DE CONQUISTA	ESTADUAL	7		7
TOTAL GERAL: 48		TOTAL GERAL: 48														

Nº	UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	GESTÃO	LEITOS UTI TIPO II ADULTO
1	BA	ALAGOINHAS	2487438	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIÃO	ESTADUAL	10
2	BA	BARRA	3048209	HOSPITAL SANTA RITA	ESTADUAL	10
3	BA	BARREIRAS	3972925	HOSPITAL DO OESTE	ESTADUAL	10
4	BA	BOM JESUS DA LATA	4022718	HOSPITAL MUNICIPAL CARMELA DUTRA	ESTADUAL	10
5	BA	BRUMADO	2386569	HOSPITAL MUNICIPAL PROF MAGALHÃES NETO	ESTADUAL	10
6	BA	CACHOEIRA	2386879	HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS	ESTADUAL	10
7	BA	CAETITÉ	7319770	HOSPITAL MUNICIPAL DE CAETITÉ	MUNICIPAL	10
8	BA	CAMPO FORMOSO	2799839	HOSPITAL SÃO FRANCISCO	ESTADUAL	10
9	BA	FEIRA DE SANTANA	2799758	HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE	ESTADUAL	40
10	BA	FEIRA DE SANTANA	6602533	HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA	ESTADUAL	10
11	BA	GUANAMBI	2804034	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	ESTADUAL	10
12	BA	ILHÉUS	2415844	HOSPITAL MATERNO INFANTIL DOUTOR JOAQUIM SAMPAIO	ESTADUAL	10
13	BA	ITABERABA	2470098	HOSPITAL GERAL DE ITABERABA	MUNICIPAL	10
14	BA	ITABUNA	2385171	HOSPITAL DE BASE LUIS EDUARDO MAGALHÃES	MUNICIPAL	10
15	BA	JACOBINA	2470748	HOSPITAL REGIONAL VICENTINA GOULART	MUNICIPAL	10
16	BA	JEQUIÉ	2400893	HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	ESTADUAL	10
17	BA	JEQUIÉ	2494930	HOSPITAL SÃO VICENTE	ESTADUAL	10
18	BA	JUAZEIRO	4628155	HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	ESTADUAL	20
19	BA	LAURO DE FREITAS	607126	HOSPITAL METROPOLITANO	ESTADUAL	65

Nº	UF	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	GESTÃO	LEITOS UTI TIPO II ADULTO	LEITOS UTI TIPO II PEDIÁTRICO
21	BA	REMANSO	2509369	HOSPITAL SÃO PEDRO	ESTADUAL	10	
22	BA	RIBEIRA DO POMBAL	2799790	HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA	ESTADUAL	3	
23	BA	SALVADOR	4073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO	ESTADUAL	22	
24	BA	SALVADOR	4278	HOSPITAL MARTAGÃO GESTEIRA	MUNICIPAL		10
25	BA	SALVADOR	5428	INSTITUTO COUTO MAIA	ESTADUAL	10	
26	BA	SALVADOR	3956369	MATERNIDADE PROF JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO	ESTADUAL	5	
27	BA	SALVADOR	6595197	HOSPITAL DO SUBÚRBIO	ESTADUAL	10	
28	BA	SALVADOR	9443665	HOSPITAL MUNICIPAL DE SALVADOR	MUNICIPAL	10	
29	BA	SEABRA	9383298	HOSPITAL REGIONAL DA CHAPADA	ESTADUAL	10	
30	BA	SENHOR DO BONFIM	2770512	HOSPITAL DOM ANTONIO MONTEIRO	ESTADUAL	10	
31	BA	SERRINHA	2801914	HOSPITAL MUNICIPAL DE SERRINHA	MUNICIPAL	10	
32	BA	TEIXEIRA DE FREITAS	2301318	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	MUNICIPAL	8	
33	BA	VALENÇA	2525933	HOSPITAL DR REITOR GUEDES DE MELLO	ESTADUAL	10	
34	BA	VITÓRIA DA CONQUISTA	2402076	HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA	ESTADUAL		

10. Título do Gráfico

O remanejamento de dez leitos de UTI do Hospital Municipal de Brumado, por dez leitos de UTI do Hospital Municipal de Caetité, foi uma manifestação do gestor de Brumado, embora esses leitos estejam na gestão estadual, mas o hospital é do município, é um contrato dos dez leitos existente no município com a SESAB e o gestor manifestou o desejo de não ampliar para vinte leitos. Estavam, então, substituindo-os pelo Hospital Municipal de Caetité, que já tinha dez leitos e agora terá vinte leitos. Substituição de oito leitos do Hospital de Teixeira de Freitas, tendo o gestor manifestado oficialmente a impossibilidade de cumprimento de requisitos, mesmo em outra data, alegando muito a construção do Hospital Costa das Baleias, em Teixeira de Freitas, que já tem leitos de UTI, então não investiria em leitos de UTI no hospital menor em Teixeira de Freitas. Propôs a substituição pelo NEUROCCOR, em Porto Seguro, na mesma macrorregião, que é uma unidade que já está servindo para tratamento da COVID e tem parecer favorável da Vigilância. Substituição do CNES e do nome do Hospital de Itaberaba, que foi aprovado como Hospital Geral de Itaberaba, sob o CNES 247098 na Portaria nº 220, e trata-se do hospital antigo. E informou que o gestor de Itaberaba mudou o CNES da unidade e passou a ser denominado como Hospital Regional Jediel Almeida Mascarenhas, com o CNES 2862301. Assim, precisavam corrigir o CNES junto ao Ministério da Saúde da Saúde e esclareceu que não houve mudança física, apenas a mudança do CNES e do nome da unidade. Dando continuidade, no Município Cachoeira, segundo Rivia, Superintendente da Vigilância Sanitária e as técnicas Marisinha e Ana Condeli, o Hospital São João de Deus não tem a menor condição de cumprimento de requisito de RDC da ANVISA e a proposta da DAE para os hospitais que não conseguirem cumprir 100% dos requisitos, é de ser inserido no sistema um relatório com as pendências que podem ser resolvidas em noventa dias, que é o prazo para diligência do Ministério da Saúde, constando que o MS recebeu a proposta. Então, a unidade tendo cumprido o prazo, porém com pendência, e tendo noventa dias para resolvê-las. Segundo a Vigilância Sanitária, o Hospital São João de Deus, de Cachoeira, não conseguirá resolver suas pendências no prazo de noventa dias. E apresentou a proposta de substituição dos leitos do Hospital São João de Deus por: cinco leitos no Hospital Municipal de Simões Filho, conforme solicitação da gestora, após esse movimento da Portaria 220; essa mesma situação com quatro leitos no Hospital Ana Nery; e três leitos no Hospital Nossa Senhora da Pompeia, de São Félix. Comentou que essa solicitação chegou ontem e que foi ótimo, porque assim conseguiam equacionar as substituições. Em Guanambi é um hospital da rede própria estadual, que foi avaliado quanto à impossibilidade de terminar uma obra em noventa dias que possibilite o cumprimento de todos os requisitos da RDC. A SESAB está propondo sua substituição pelo Hospital de Clínicas de Vitória da Conquista, que também é um hospital contratualizado com a SESAB, já atende COVID e tem relatório favorável da Vigilância

Sanitária, por fim, estavam substituindo quarenta e oito leitos por quarenta e oito leitos, não tinham perdido. Lembrou que encaminharia as minutas de Resolução CIB de Simões Filho, do Hospital Ana Nery, do Hospital Nossa Senhora da Pompeia e do Hospital de Clínicas de Vitória da Conquista. **Nanci Salles** questionou se as resoluções citadas por Alcina Romero seriam de habilitações das unidades e **Alcina Romero** esclareceu que são solicitações de habilitação ao Ministério da Saúde, são duas coisas, tinham que aprovar a planilha de remanejamentos e os leitos que foram aprovados nesta CIB - dez leitos de Caetitê, e dez leitos do NEUROCCOR - e como as outras modificações só puderam ocorrer de ontem para hoje, quase que no exato momento desta reunião da CIB, os pontos citados estão aprovados e estavam devendo as minutas de resolução CIB de Simões Filho, Hospital Ana Nery, Hospital Nossa Senhora da Pompeia e HCC. Solicitou que fossem atualizados os leitos de UTI COVID e disse que não existem mais leitos financiados COVID. **Cássio Garcia** registrou que o prazo final para habilitação dos leitos de UTI é até 30 de agosto e, conforme acordado no grupo condutor, se tiver alguma situação de remanejamento, já que não terá reunião da Bipartite nos meses seguintes, havendo então necessidade, será levado à reunião do Grupo Condutor para ser publicada resolução ad referendum. **Alcina Romero** ressaltou que estavam tratando de remanejamento e precisava pontuar duas situações, a mudança do Hospital Municipal de Paulo Afonso, que é um remanejamento de gestão e não de leito, mas não sabia se o Ministério da Saúde entenderia como remanejamento ou se nesta mesma resolução abririam um artigo apenas para mudança de gestão, fazendo um destaque para a mudança do Hospital de Paulo Afonso. Lembrou que a mudança da gestão do Hospital Paulo Afonso foi aprovada na última reunião da CIB, então estavam com uma inconformidade, o hospital está na gestão estadual, mas para o Ministério da Saúde a UTI está na gestão municipal. Propôs mandarem um anexo de remanejamento, mas acrescentarem um parágrafo na resolução, fazendo destaque para a mudança da gestão do Hospital de Paulo Afonso. Reiterou que não houve consenso na reunião do Grupo Condutor para a solicitação de desabilitação da Oncomed Rad de Vitória da Conquista como unidade de radioterapia, há uma dificuldade, como forma um complexo com HGVC, até que ponto o estado poderia ser prejudicado com uma perda financeira, assim, como não tinha ficado muito claro, Mirela, como é representante do Ministério da Saúde no Grupo Condutor, já confirmou a reunião com a área técnica do Ministério da Saúde para quarta-feira, às 14:30h. A Secretária de Saúde de Vitória da Conquista está ciente, tinha solicitado à APG que participasse, porque vem com as portarias e o recurso todo a área técnica da DAE também participará e COSEMS será representado pela Secretária Municipal de Vitória da Conquista, mas queria deixar em aberto que, se houver consenso, não havendo perda para ninguém, o ideal é que solicitassem a desabilitação para deixar em conformidade, já que é um prestador cuja unidade não está funcionando. **Cássio Garcia** concordou com Alcina Romero e reafirmou que foi pactuado no Grupo Condutor. Alcina Romero passou para o ponto **3.9: Aprovação da rede hospitalar exclusiva Covid de acordo com o plano estadual de contingências**. Colocou que teve várias alterações de leitos e precisavam para amparar contrato, salientando que há alguns meses não tem reunião CIB de leitos e pontuou que a última resolução CIB, de 13 de maio, em quando constavam duzentos e dez leitos adultos, duzentos e sete clínicos adultos, eram esses hospitais que, independentemente de financiamento, estavam dedicados à COVID.

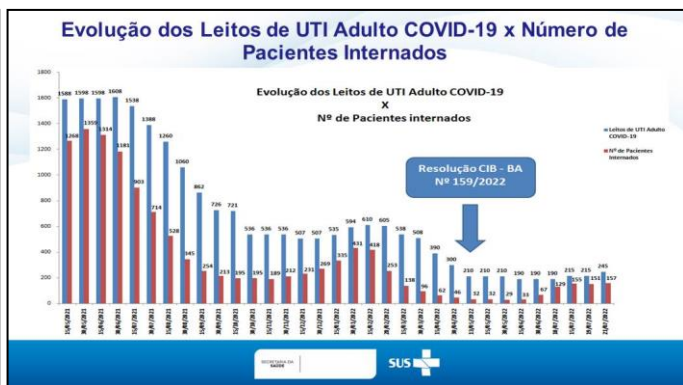
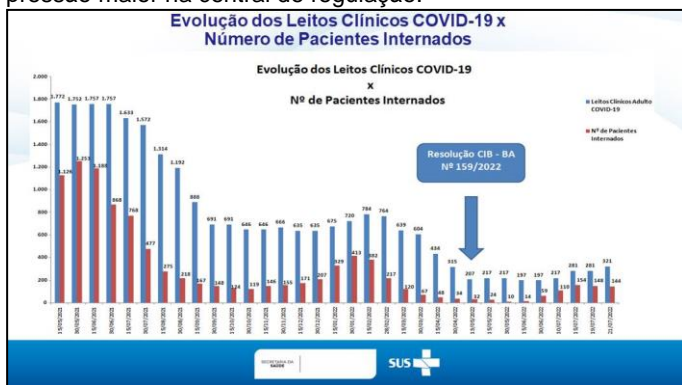
Resolução CIB - BA

- Resolução CIB - BA nº 159/2022, data 13/05/2022, que 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

SECRETARIA PÚBLICA ESTADUAL DE SAÚDE CIB Nº 149/2022
ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 149/2022

MICROREGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	NOME HOSPITAL	LEITOS CLÍNICOS ADULTO ATIVOS COVID-19	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS ATIVOS COVID-19	LEITOS UTI ADULTO ATIVOS COVID-19	LEITOS UTI PEDIÁTRICOS ATIVOS COVID-19	GESTÃO
LESTE	CACHOEIRA	238079	HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS	10		10		Estadual
	SALVADOR	5420	INSTITUTO COITAVIANA - ICOM	30		30		Estadual
	SALVADOR	180598	HOSPITAL SPANVIL	0		0		Estadual
	SALVADOR	360380	MANTENEDORA DE REFERÊNCIA JOSÉ MARIA	0		5		Estadual
SUB TOTAL				40	0	45	0	
CENTRO LESTE	FEIRA DE SANTANA	680203	HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA	7		5	10	Estadual
	YAREBANA	324800	HOSPITAL DA CHAPADA	20		20		Estadual
	SENARA	030396	HOSPITAL REGIONAL DA CHAPADA	20		20		Estadual
	SUB TOTAL				47	0	45	10
SUB TOTAL PORTO SEGURO				48	0	45	10	
NORTE	JUAZEIRO	350706	PROMATRE JUAZEIRO	10		10		Estadual
	SUB TOTAL				10	0	10	0
OESTE	BARROBAS	927265	HOSPITAL DO OESTE	7		7		Estadual
	SUB TOTAL				7	0	7	0
SUDOESTE	VITÓRIA DA CONQUISTA	340384	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CONQUISTA - HCC	20		20		Estadual
	SUB TOTAL				20	0	20	0
SUL	ILHÉUS	713858	NSA VENECIONAL	20		20		Estadual
	TEBULANA	238077	HELIUM	0		10		Estadual
	TEBULANA	200589	HOSPITAL MARCEL VONDES	0		10	5	Estadual
	ILHÉUS	369903	HOSPITAL SÃO VICENTE	10		10	5	Estadual
SUB TOTAL				30	0	50	10	
TOTAL				207	0	218	30	

Mostrou a projeção dos leitos e vinham acompanhado que caem os números de pacientes internados, então caem números de leitos, mas, a partir da segunda semana de junho tinham começado a observar um aumento de pacientes internados e uma pressão maior na central de regulação.



Colocou que foram então acrescentados alguns leitos para ter uma rede um pouco mais maleável para essa demanda a maior, e do mês de maio em diante houve supressão de leitos para reversão de finalidade. De pediatria saíram os leitos do Hospital Manuel Novais, Hospital da Criança e Maternidade José Maria de Magalhães, para serem revertidos para situação de pediatria não COVID. Lembrou que ficaram com menos vinte e seis leitos clínicos pediátricos, treze leitos UTI pediátricos e cinco leitos UTI adultos na Maternidade José Maria de Magalhães. E para darem conta de tudo isso, nos últimos quinze dias foram inseridos a mais na rede cento e cinco leitos clínicos e sessenta leitos de UTI adulto, sendo: dez clínicos no Hospital Regional da Chapada, NEROCOR, Hospital Espanhol, Hospital Heitor Guedes Melos - Valença, Hospital São Vicente - Jequié e AMEC - Camacan. Registrou que tinham tentado ver leitos em todas as unidades e distribuído por macrorregião onde havia disponibilidade. UTI adulto: na região da Chapada – Seabra; no Hospital Espanhol, que é a grande referenciado estado para COVID; e no Hospital Heitor Guedes Melos -Valença, sendo sessenta leitos para COVID. E entrou o HGVC, que reverteu leitos para UTI pediátrica e o ICON. Dessa forma, foram aumentados: 105 leitos clínicos; 60 UTI adultos; e 10 UTI pediátricas. E foram perdidos: 26 clínicos pediátricos; 13 UTI pediátricos e 05 UTI adultos. No final, estão com 245 leitos de UTI adultos e 321 leitos clínicos adulto. Propôs que passassem a não atualizar os leitos de suporte ventilatório, estes foram extintos.

Ampliação e Redução de Leitos COVID-19 nos últimos 15 dias

Ampliação de Leitos COVID-19 nos últimos 15 dias			
Unidade	Leitos Clínicos Adulto	UTI Adulto	UTI Ped.
Hospital Regional da Chapada	10	10	-
Neuroccor	5	-	-
ICOM	-	-	5
Hospital Espanhol	40	40	-
HGVC	-	-	5
Hospital Heitor Guedes de Mello	10	10	-
Hospital São Vicente	20	-	-
AMEC	20	-	-
Total	105	60	10

Supressão de Leitos COVID-19 nos últimos 15 dias			
Unidade	Leitos Clínicos Ped.	UTI Ped.	UTI Adulto
Hospital Manoel Novaes	10	3	-
Hospital Estadual da Criança	16	10	-
Maternidade José Maria de Magalhães	-	-	5
Total	26	13	5



Diretoria de Atenção Especializada – DAE
sais.dae@saude.ba.gov.br
 (71) 3115-4351



A **Coordenadora Adjunta** da CIB solicitou que, ao apresentarem os itens da pauta, mencionassem apenas a numeração do item aprovado, pois é importante registrar, por conta da Ata. A **Coordenadora da CIB** completou que fizessem a aprovação após cada apresentação de Alcina Romero, entretanto, precisavam aprovar individualmente cada item, de forma que não ficasse dúvida, e fez um registro para Ata, abrindo para manifestação os **itens 3.1, 3.2, 3.3, 3.4**, após o que considerou **todos aprovados** e, para o **item 3.5** registrou que a nominata dos hospitais não corresponde à apresentação, não é essa nominata, e sim a que consta no registro de processo, e colocou em discussão e o item foi **aprovado**. **Itens 3.6 e 3.7 também aprovados**. Para o **item 3.8** em discussão, destacou que a manifestação feita por Stela Souza, Cássio Garcia e Alcina Romero fazem parte dos registros em discussão. Foi **aprovado**. O **Item 3.9** em discussão, foi também **aprovado**. Dando continuidade, passou ao **item 3.10 Laboratório de Prótese Dentária – LRPD: Liliane Mascarenhas, Diretora da DGC**, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação em *slides*, informando que já tinha apresentado a situação de produção dos CEO e LRPD na reunião do COSEMS, e já tinham comunicado por ofício a todos os secretários municipais, para acompanharem melhor a produção, que está um pouco baixa. Assim, apresentava esses dados porque é importante observarem a produção, informando que nas estruturas dos hospitais nos municípios tem uma coordenação ou uma área técnica específica que às vezes, em função de tantas demandas, o gestor não consegue verificar. Salientou que estava bastante preocupada diante da possibilidade de suspensão pelo Ministério da Saúde da Saúde, considerando o que foi colocado neste fórum, a irregularidade do CNES e a falta de registro da produção, observava então o quanto são importantes esses instrumentos. Chamou atenção da importância deste monitoramento e na nota técnica o Ministério da Saúde informa que com a produção zerada por três meses consecutivos, há uma perda. Mostrou a relação dos LRPD com possibilidade de suspensão do recurso do custeio a partir da parcela de junho de 2022, que é motivado pela ausência da produção de janeiro a abril de 2022, assim, tinham encaminhado o ofício aos municípios para o acompanhamento, porque podem estar produzindo e não estarem lançando, sabiam o quando os municípios estão desenvolvendo as atividades, muitas vezes pode ter alguma questão de fluxo interno que não está sendo efetivado.

Saúde Bucal

Plano de Expansão dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias na Bahia (LRPD/BA)

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
 Superintendência de Atenção Integral à Saúde
 Diretoria de Gestão do Cuidado



Estado da Bahia



Plano de Expansão dos LRPD na Bahia

- As portarias nº 2.373/GM/MS, de 7/10/2009, e nº 211/SAS/MS, de 13/05/2011, que visam ampliar o número de laboratórios e a oferta de próteses dentárias.
- O Plano Brasil Sem Miséria, do Governo Federal que visava ações intersetoriais, tendo como público alvo a População em Extrema Pobreza.
- A Bahia foi o primeiro estado a implantar a estratégia do Plano de Expansão dos Laboratórios de Próteses Dentárias. Aprovado por Resolução CIB nº 197/2011.

Situação atual ➡ 226 LRPD municipais e 60 municípios com solicitação no MS



1540
1541
1542
1543
1544
1545
1546
1547
1548
1549
1550
1551
1552
1553
1554
1555
1556
1557
1558
1559
1560
1561
1562
1563
1564
1565
1566
1567
1568
1569
1570
1571
1572
1573
1574
1575
1576
1577
1578
1579
1580
1581
1582
1583
1584
1585
1586
1587
1588
1589
1590
1591
1592
1593
1594
1595
1596
1597
1598
1599
1600
1601
1602
1603
1604
1605
1606

Em relação ao Plano de Expansão dos LRPD no estado, nos anos 2009 e 2011 o Ministério da Saúde da Saúde publicou duas portarias relacionadas a estratégias de incentivos aos municípios para implantação do laboratório de próteses dentárias, porque o município tinha esse movimento de implantação do CEO - Centro de Especialidade Odontológica, mas não tinham para o laboratório e a estratégia do Ministério da Saúde, por intermédio dos municípios com baixo índice de desenvolvimento humano e relacionado também com a extrema pobreza. Ressaltou que o estado da Bahia foi um dos primeiros a assumir essa proposição do Ministério da Saúde, de ter um plano estadual em para LRPD, e o estado vem com esse plano há onze anos, fazendo credenciamentos, mas, considerando que hoje estão com outro cenário do que havia há onze anos, com sessenta municípios aguardando habilitação do Ministério da Saúde e com o recurso hoje no bloco da Atenção Básica, achavam mais do que justo SESAB e COSEMS pensarem em estratégia de forma conjunta, para garantirem esse recurso que hoje está vindo para o Estado no bloco da atenção básica, e que pudessem efetivar a habilitação desses municípios que estão com a solicitação no Ministério da Saúde. Informou que tem município com pleito desde 2020 e ela via que o estado pode viabilizar essa ação, até porque, para execução da atenção básica, ficavam um pouco travados neste processo. Propôs formarem um grupo SESAB e COSEMS, para pensarem em estratégias para evitarem que esse recurso, que hoje é de quatro milhões e cento e sessenta e seis mil reais ao ano, de acordo com a produção, que esse recurso fosse realmente viabilizado para garantir a habilitação dos 60 municípios que estão retidos no Ministério da Saúde da Saúde.

Plano de Expansão dos LRPD na Bahia

Propostas

- Finalizar o Plano de Expansão de LRPD
- Formação de um Grupo de Trabalho entre SESAB e COSEMS para elaboração de proposta para repasse do recurso do Plano de expansão (R\$ 4.176.000,00) do LRPD/BA para municípios baianos com pleito de LRPD no MS (60)



Obrigada.



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado
dgc.diretoria@saude.ba.gov.br
dgc.saudebucal@saude.ba.gov.br

Saúde Bucal

Monitoramento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado




Monitoramento dos CEOs

CEOs habilitados – 83 (em 76 municípios baianos)

Indicador – Cumprimento Global de Metas cujo desempenho é classificado segundo a quantidade de metas atingidas (dez/2021 a abr/2022)

Desempenho	Metas mínimas atingidas	Total de CEOs
Péssimo	Nenhuma meta atingida por especialidade	38
Ruim	01 Especialidade	22
Regular	02 Especialidades	7
Bom	03 Especialidades	7
Ótimo	04 Especialidades	2

- 2 CEOs com o recurso suspenso por falta de produção e irregularidades no CNES
- 5 CEOs não foi possível encontrar o registro de produção no período analisado



Monitoramento dos CEOs

Atualmente...

“O MS mantém o compromisso do repasse financeiro àqueles CEOs que estão em funcionamento, independente do alcance das metas mensais de produção, suspendendo o repasse dos serviços que não registraram qualquer informação de produção (“produção zerada”) por três meses consecutivos no SIA/SUS, a partir da competência fevereiro de 2022.

Nota Técnica nº 04/2022-CGSB/DESF/SAPS/MS



Monitoramento dos LRPD

Municípios com possibilidade de suspensão do recurso de custeio de LRPD Quando – a partir da parcela julho/2022 Motivo – ausência de produção (janeiro a abril/2022)

ARATUIPE	IBICARAI	MARAÚ	SANTANÓPOLIS
BARRA DO ROCHA	ILHEUS	MATA DE SÃO JOÃO	SANTA TERESINHA
BOM JESUS DA SERRA	IRAQUARA	MUCUGÊ	SANTO AMARO
BREJÕES	ITAGIBA	MURITIBA	SANTO ANTONIO DE JESUS
CAFARNAUM	ITAMBÉ	NOVA ITARANA	TANHACU
CAMUMU	ITANHEM	OLIVEIRA DOS BREJINHOS	TAPIRAMUTA
CARAIBAS	ITAPARICA	PALMEIRAS	TEODORO SAMPAIO
CORRENTINA	ITAPEBI	PAU BRASIL	TEOLÂNDIA
ARATUIPE	IBICARAI	MARAÚ	SANTANÓPOLIS
BARRA DO ROCHA	ILHEUS	MATA DE SÃO JOÃO	SANTA TERESINHA
BOM JESUS DA SERRA	IRAQUARA	MUCUGÊ	SANTO AMARO
BREJÕES	ITAGIBA	MURITIBA	SANTO ANTONIO DE JESUS
CAFARNAUM	ITAMBÉ	NOVA ITARANA	TANHACU
CAMUMU	ITANHEM	OLIVEIRA DOS BREJINHOS	TAPIRAMUTA
ARATUIPE	IBICARAI	MARAÚ	SANTANÓPOLIS
BARRA DO ROCHA	ILHEUS	MATA DE SÃO JOÃO	SANTA TERESINHA
BOM JESUS DA SERRA	IRAQUARA	MUCUGÊ	SANTO AMARO
BREJÕES	ITAGIBA	MURITIBA	SANTO ANTONIO DE JESUS
CAFARNAUM	ITAMBÉ	NOVA ITARANA	TANHACU
CAMUMU	ITANHEM	OLIVEIRA DOS BREJINHOS	TAPIRAMUTA
ELISIO MEDRADO	ITAPITANGA	PAULO AFONSO	UBATÁ
EUNÁPOLIS	ITUACU	QUILINGUE	VERA CRUZ
FIRMINO ALVES	JAGUAQUARA	RIO REAL	WENCESLAU GUIMARÃES
ELORESTA AZUL	MACULIRE	RODELAS	XIQUE XIQUE

Ofício Circular nº 170/2022-SESAB/SAIS/DGC/CPT/ATISB, enviado aos SMS sobre o Monitoramento das produções de LRPD em BA.



Obrigada.



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Gestão do Cuidado
dgc.diretoria@saude.ba.gov.br
dgc.saudebucal@saude.ba.gov.br

1607 A **Coordenadora Adjunta** reiterou que ficou acordado que as apoiadoras do COSEMS ajudarão e parabenizou a equipe da
1608 saúde bucal com o cuidado que estão tendo, tem a quantidade, mais ou menos 38 CEO avaliado como péssimo, precisavam
1609 saber o que está acontecendo, isso aconteceu no período da pandemia. Informou que, Manuel e Luiza, apoiadores no
1610 COSEMS, conversarão com a área de bucal e ajudarão a contactarem o gestor municipal de saúde e deixou claro que não se
1611 trata de desmerecer a área, mas às vezes o gestor não tem conhecimento. Com relação ao LRPD, esse é um ponto muito
1612 importante, o Ministério da Saúde da Saúde, ao suspender o recurso, não virá recurso novo para a Bahia, o recurso ficará no
1613 Ministério da Saúde da Saúde, que mandará para onde achar que deve. Dessa forma, não podiam deixar 60 laboratórios de
1614 prótese dentária do estado, corriam o risco de perder esse recurso para o cidadão, o COSEMS ajudará esses municípios,
1615 apesar que já ter uma previsão de suspensão de recurso, a partir da competência julho, para cinquenta e seis municípios. Para
1616 os municípios que pediram a habilitação no ano 2021 e que está parado, concordou em COSEMS e estado tentarem encontrar
1617 uma estratégia juntos, para fazer a distribuição para esses municípios que já solicitaram, querem fazer e estão aguardando,
1618 logo, são três situações diferentes. Deixava bem claro que não é para tirar de um município e colocar no outro e propôs
1619 discutirem nesta CIB e formarem o grupo do COSEMS e do estado aproveitando o grupo de Saúde Bucal já existente,
1620 COSEMS e Estado, e juntos definirem a publicação de uma resolução CIB ad referendum, conforme tinham acordado hoje na
1621 reunião do COSEMS. **Liliane Mascarenhas** lembrou do gestor Wilson porque foi o protagonista na época e depois de onze
1622 anos, no cenário hoje, são duzentos e sessenta e seis municípios com LRPD, que é um quantitativo importante e que, se
1623 conseguissem avançar com mais sessenta, ampliariam o acesso, sendo de extrema relevância. Solicitou informações a Cássio
1624 Garcia e a Stela Souza sobre a RAMI - Rede de Atenção Materna Infantil, porque tinha recebido município na DGC, solicitando
1625 informações sobre a RAMI, então, conforme Alcina Romero colocou, são as duas situações que, mas achava importante deixar
1626 claro como está a situação das portarias que tinham pactuado a suspensão na reunião CIB e o encaminhamento para
1627 esclarecimento. Cássio Garcia reforçou a existência de uma resolução CIB de não adesão a todas as portarias que não foram
1628 pactuados na Tripartite, entre elas a da RAMI e RAPS, que foram retomadas, entre outras, por meio do CONASSS e do
1629 CONASEMS, e estão sendo discutidas com o Ministério da Saúde da Saúde, esperavam que na próxima Tripartite, na próxima
1630 semana, tivessem notícia boa e de fato sejam pactuadas entres os entes. A **Coordenadora da CIB** abriu para deliberações e
1631 foi **aprovado**. Dando continuidade ao **ponto 4. GASEC, Cássio Garcia, Assessor do GASEC**, apresentando o ponto de
1632 pauta **4.1: Portaria GM/MS nº 684, de 30 de março de 2022 – Emendas Parlamentares**, reiterou que há mais de três anos
1633 vinham trazendo esse ponto à CIB, porque o Ministério da Saúde da Saúde tem um sistema muito fraco e os deputados não
1634 têm uma aproximação tão direta com a Saúde, e ao acessarem o sistema, inclui a solicitação para determinado equipamento,
1635 no caso dos filantrópicos, e o sistema conclui e o recurso vem para o CNES da SESAB. E para conseguirem fazer essa
1636 transferência, especificamente para as entidades filantrópicas, é publicada resolução CIB, estabelecendo um prazo para o
1637 deputado enviar o ofício à SESAB, informando qual é o ente que será beneficiado. Lembrou que essa resolução CIB foi
1638 publicada nos anos 2019, 2020, 2021 e estamos trazendo agora em 2022, com um prazo para até o final do ano para os
1639 deputados fazerem a indicação de onde querem alocar o recurso. Abriu para discussão e **foi aprovado**. Passou para o ponto
1640 **4.2: Pleitos de municípios de assunção ao Comando Único dos Serviços de Média e Alta Complexidade dos**
1641 **municípios de Dário Meira, Apuarema, Nova Itarana, Uruçuca, Ouriçangas, Olindina, Ibitiara, Canarana, Barro Alto,**
1642 **América Dourada e Oliveira dos Brejinhos- Cássio Garcia** chamou atenção que os pleitos de alguns municípios chegaram
1643 essa semana, mas, em conversa com o COSEMS, tinham entendido, por não haver reunião da CIB nos próximos meses, para
1644 não ser prejuízo para nenhum desses municípios, estavam colocando para apreciação desta Bipartite, com o prazo de trinta
1645 dias para a área técnica dar o parecer e todos tinham sido favoráveis. Informou que o Município Ubaitaba pediu para retirar de
1646 pauta sua solicitação para o Comando único. **Coordenadora da CIB**, abriu para discussão, seno o ponto **aprovado**. Dando
1647 prosseguimento à pauta, passou ao **Item 5. GASEC/COSEMS: Cássio Garcia e Stela Souza. Cássio Garcia** colocou que o
1648 Hospital de São Félix solicitou incremento de Teto de Média e Alta Complexidade para ressonância magnética, a SESAB fará
1649 um estudo do montante desse recurso financeiro, como é de praxe, e como chegou nessa semana não houve tempo hábil para
1650 fazer este estudo, e assim que a área técnica desse o parecer, caso fosse favorável seria publicada resolução ad referendum.
1651 A **Coordenadora Adjunta da CIB**, pontuou que o Município São Félix encaminhou um processo em 2019 e é preciso uma
1652 resolução CIB atual e tem que seguir a resolução CIB sobre incremento de teto, porque a ressonância magnética não é
1653 habilitação, é aumento do teto. Assim, trariam o próprio Secretário de São Félix, o Grupo Conductor se reuniria e como não terá
1654 reunião da CIB nesses dias, aguardariam o parecer da área técnica e, sendo favorável, publicarem a resolução CIB ad
1655 referendum. **Adélia Pinheiro** lembrou que já existe o processo de 2019 para essa ressonância e a CIB reconheceu existência
1656 e a produção e que a recusa do Ministério da Saúde da Saúde em reconhecer a habilitação é injustificada e estavam aqui
1657 tratando novamente do assunto, indicando a urgência, em razão do período sem reunião da CIB, para não haver prejuízo à
1658 população, com essa palavra queria dizer que condutas do Ministério da Saúde da Saúde vêm penalizando gestores,
1659 municípios e a população da Bahia. A **Coordenadora Adjunta da CIB** complementou que a ressonância funciona, ela é da
1660 região, usa a ressonância. que nunca recebeu o recurso do SUS, é complicado e tem várias solicitações ao Ministério da
1661 Saúde que até o momento não saiu. Passou a palavra para o Secretário de Saúde do Município São Félix, Renato Ato. Renato
1662 Ato, Secretário de Saúde de São Félix, informou que a ressonância está funcionando normalmente e tinham passado por um
1663 processo de pressão dos municípios adjacentes e estavam fazendo a ressonância sem receberem nenhum recurso. A
1664 Coordenadora Adjunta da CIB agradeceu ao Secretário de Saúde de São Félix, abriu para discussão e foi **aprovado**. Passou a
1665 palavra para Cássio Garcia continuar a apresentar a pauta, com o **Item 5.2 Cirurgias Eletivas: Cássio Garcia** pontuou que o
1666 mutirão de cirurgias eletivas, que tradicionalmente acontece anualmente, pelo recurso do Ministério da Saúde da Saúde, no
1667 mês de abril foi incorporado ao MAC por portaria ministerial, o recurso foi enviado apenas nessa semana, tinham que fazer os
1668 ajustes, porque tem situações que o estado está produzindo e o recurso está no município e vice-versa. Então, o GT se reunirá
1669 para fazer esses ajustes e publicarem a resolução CIB ad referendum. A **Coordenadora Adjunta da CIB** esclareceu uma
1670 dúvida, de que não tinham pactuado esta portaria, não houve nenhuma reunião para tratarem deste assunto, mas precisava
1671 urgentemente e todos os executores que estão cobrando, precisavam de um posicionamento, com reunião do Grupo Conductor
1672 para tratarem desse assunto. E sugeriu que o GT de cirurgias eletivas se agregar ao Grupo Conductor delegando todas as
1673 discussões neste período e juntos agendarem o mais rápido possível para definirem sobre essa Portaria. Décio Martins,

1674 Secretário de Saúde de Salvador, colocou que na portaria passada ficou acordado cada um apresentar seu plano, diante do
1675 recurso. A **Coordenadora Adjunta da CIB**, colocou em discussão. Foi **aprovado**. **Adélia Pinheiro** deu continuidade, com o
1676 **ponto 6. COSEMS - Stela Souza** colocou em discussão o **item 6.1 Município Alagoinhas solicita Incremento do Teto MAC**,
1677 questionando se a área técnica recebeu. **Cristiane Macedo, Técnica da APG**, informou que a área técnica recebeu, mas
1678 faltando documentos e repassou o pedido solicitando que fosse incrementado, consultando o SEI, até quarta-feira o município
1679 encaminhou as atas CIR e Conselho Municipal com as retificações, porque em ambas as atas não mencionavam a execução
1680 nem o valor financeiro solicitado. Solicitou aos membros da CIB para autorizarem publicação de resolução ad referendum
1681 assim que o município entregasse o material e a área técnica avaliasse a execução e o valor solicitado. Salientou que até o
1682 momento o estado fez a execução mais 50%, mas não sabia informar qual o valor que estão solicitando. **Stela Souza** reiterou
1683 que é a mesma situação de São Félix, a Secretária de Alagoinhas precisa resolver a pendência de documentação, depois
1684 apresentariam no Grupo Condutor após o parecer da área técnica e, se fosse o caso, aprovariam resolução ad referendum.
1685 Colocou em discussão, e o ponto foi **aprovado**. Continuando, o **Item 6.2 Portaria nº 1.971, de 30 de junho de 2022, que**
1686 **estabelece o vencimento dos agentes de combate às endemias, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e**
1687 **ao Distrito Federal, conforme a Emenda Constitucional nº 120, de 05 de maio de 2022**. Stela Souza comunicou que foi
1688 discutido na reunião do COSEMS e estavam pedindo ajuda à CIB, porque a ação da atividade do agente de combate às
1689 endemias nos municípios é uma questão de vigilância, atenção básica e envolve a Coordenação Estadual, que coordena as
1690 questões de saúde pública em todos os estados pedimos ajudar a CIB, porque estavam com algumas dificuldades. Passou a
1691 palavra para **Raquel Ferraz**, representante do COSEMS e membro da CIB, que informou ter sido apresentada na reunião do
1692 COSEMS, pela sua equipe técnica, uma das suas maiores dificuldades em relação ao custeio do novo piso salarial dos
1693 agentes de combate às endemias, para os gestores cumprirem com o pagamento deste piso nacional, visto que tem um
1694 arcabouço por traz que não reconheceu, apesar de colocar que os gestores cumprissem algumas legislações, como está
1695 colocado no CNES, a quantidade de agentes de combates a endemias que cada município teria em seu território
1696 despolarizado. Entretanto, até a data de hoje o Ministério da Saúde não reconhece a quantidade de agentes de combate a
1697 endemias que os municípios têm em seus territórios, é uma situação complicada que os gestores estão enfrentando e o
1698 COSEMS vem pedir o apoio da CIB para o Ministério da Saúde rever o quantitativo de agentes de combate a endemias de
1699 todos os municípios. **Stela Souza** reforçou a Portaria de Consolidação nº 06, que diz a quantidade, e inclusive o Salvador tem
1700 um problema gravíssimo, não é que os agentes não mereçam, merecem sim, é uma conquista, mas a lei diz que vai bancar
1701 esse piso é a União, e tem uma portaria que termos legais é menor que a lei. E a Portaria de Consolidação nº 06 diz que o
1702 Município de Salvador – que ela que colocara como exemplo - tem mil agentes de endemias concursados efetivos e estão no
1703 CNES, mas o Ministério da Saúde baixou uma portaria de acordo com o recurso consolidado que tem na Portaria de
1704 Consolidação nº 06, dizendo que Salvador só tem direito a duzentos, então só recebe por duzentos e como isso aumenta o
1705 valor, perguntou quem vai pagar os oitocentos agentes restantes. Ponderou que é uma questão financeira orçamentária
1706 quando o município sobe o valor do piso passa a ter também o aumento dos encargos e colocou a situação de o Ministério da
1707 Saúde verificar que o município tem 20 agentes de endemias, mas na Portaria de Consolidação diz que só pode receber por
1708 cindo, de acordo com o recurso da portaria que constava à época, e hoje a Lei diz que é a União que tem que pagar pelos 20
1709 concursados e cadastrados no CNES que estão trabalhando. Chamou atenção da importância da ajuda da CIB e do CES nesta
1710 questão, porque os municípios querem abraçar a causa, mas precisam de recurso para isso, e a emenda é clara, paga aos
1711 agentes de endemias e na Portaria, além do número ser menor, diz se estiver no CNES como temporário não pode pagar.
1712 Questionou como fica em situação emergencial, em um surto de arbovirose, precisavam contratar e necessitavam de um
1713 incremento, não pagar os agentes, mesmo sendo cadastrados, é muito difícil. Colocou que querem cuidar e pagar
1714 corretamente seus agentes e querem respeitar a lei, mas precisa que o Ministério da Saúde respeite a Lei, porque uma portaria
1715 não pode ser maior que uma lei. **Fábio Maia** lembrou que a Portaria nº 06 só traz os agentes que lidam com arboviroses e as
1716 outras classes que lidam com leishmaniose e esquistossomose, todas as outras doenças ficam de fora. A Coordenadora da
1717 CIB manifestou sua absoluta solidariedade, entendendo que é papel da CIB manifestar-se junto ao CONASS e ao CONASEMS
1718 de forma conjunta e também diretamente ao Ministério da Saúde, de forma que fique clara por lá a manifestação contrária a
1719 artifícios políticos que venham mobilizar profissionais de saúde, profissionais ocupacionais de saúde em torno de promessas
1720 que não são entregues, hoje estavam discutindo agente de endemias, mas não estanharia que logo estivessem discutindo
1721 também os agentes comunitários saúde, porque os novos não terão recebimento pelos municípios a partir do recurso da União,
1722 pois o piso deles também não tem vinculação de fonte, nem de indicação da origem desses recursos e quem tem ampliação de
1723 equipe de saúde da família com agente comunitário, no momento seguinte não passará a receber novas equipes e novos
1724 agentes. É importante fazerem isso, na próxima semana também, em reunião do CES-Conselho Estadual de Saúde, e
1725 cumprimentou Marcos do CES, que está presente e o seu compromisso é de levar ao CES essa reflexão e manifestação. A
1726 **Coordenadora Adjunta** informou que tem um documento para o Ministério da Saúde, o CONASS, o CONASEMS, o Conselho
1727 Nacional e o Conselho Estadual. Sugeriu que, se possível, o documento saísse do Conselho Estadual para o Conselho
1728 Nacional. **Décio Mendes Filho** pontuou que todos os municípios estão passando por essa ampla discussão dos agentes
1729 comunitários e dos agentes de endemias, o recurso de Salvador que foi repassado é inferior ao número de agentes
1730 comunitários de endemias, salvo engano há uma portaria que estabelece número máximo aos municípios, então concordava
1731 integralmente com esse encaminhamento da CIB para questionarem ao Ministério da Saúde, ao CONASEMS e ao CONASS
1732 por quanto tempo essa situação vai perdurar. Salientou que Adélia Pinheiro trouxe uma situação que achara muito
1733 interessante, sobre a ampliação das equipes de Saúde da Família, como sabiam, o Ministério da Saúde tem vários pedidos
1734 para habilitação de equipes, todos pediam reiteradamente a habilitação de equipes e que não estão correndo, está muito difícil,
1735 não há repasse e nem a contagem dessas equipes em pleno funcionamento no Previn Brasil, que foi estabelecido pelo
1736 Ministério da Saúde da Saúde. Chamou atenção que atrás dos números de Salvador tem 368 equipes de saúde da família e
1737 somente 350 habilitados pelo Ministério da Saúde, e tinham pedido habilitação das demais equipes há mais e seis meses e
1738 não há uma manifestação de aprovação ou sequer de avaliação. A da situação dos agentes comunitários, tem também a
1739 situação das equipes de saúde da família, atenção primária, equipe de saúde bucal, sabiam que todos os municípios após
1740 pandemia fazendo atenção primária para o funcionamento pleno, sabiam da importância e quantos casos foram agravados em

1741 decorrência de dois anos de não funcionamento pleno da atenção primária devido à pandemia, sobretudo com uma questão
1742 que foi amplamente discutida com o Ministério da Saúde, a questão vascular e, de fato, muitas pessoas agravadas com pé
1743 diabético, sugeriu se puder, dar encaminhamento para as habilitações das Equipes de Atenção Primária Saúde da Família. A
1744 Coordenadora Adjunta reiterou a fala de Décio informando que na abertura do Congresso do CONASEMS o Ministro assinou
1745 uma portaria informando que são todas as equipes de saúde, EMAD e E-MAESM, até o momento não tinha conhecimento se a
1746 Portaria foi publicada. Em seguida passou a palavra para **Marcos Sampaio-Presidente do CES- Conselho Estadual Saúde**,
1747 que cumprimentou a todos, se mostrando preocupado com essa situação, porque o CES tem uma relação próxima com os
1748 agentes de saúde, logo, como começou o processo de discussão, uma das perguntas que tinha feito foi de onde viria o
1749 recurso. Então, após essa portaria, não ficou claro de onde sairia o recurso, gerando uma confusão e transferindo para estado
1750 e municípios algumas polêmicas que podem ter impacto significativo em fazer a saúde, que é o caso da situação dos agentes
1751 de combate a endemias, que garante o direito, é uma luta, porque é uma base que está bastante mobilizada. Solicitou ao
1752 estado, à CIB e ao COSEMS que o CES pudesse ter acesso ao estudo feito, porque, além de fazer o ofício e encaminhar ao
1753 Ministério da Saúde essas reivindicações, o conflito fica com estado e municípios, porque houve uma carta promessa
1754 garantindo o direito do recurso ser repassado, explicar como serão as questões. Colocou que se for para a SESAB, a CIB, o
1755 COSEMS, muitas vezes o CES muitas vezes é envolvido, na tentativa de potencializar o conflito, estavam tendo cuidado
1756 nestas questões e citou a questão das vacinas como um falso conflito, sendo uma forma de descredenciar o compromisso
1757 enquanto COSEMS, CIB e CES, Secretaria de Estado e Secretaria Municipal fizeram essa fantástica vacinação. Reforçou o
1758 pedido para ver o estudo feito pelo COSEMS e SESAB para explicar aos agentes o que está acontecendo e propôs solicitar ao
1759 Ministério da Saúde o credenciamento imediato de todas as equipes, inclusive o que está pendente no Ministério da Saúde.
1760 Assim, levaria a discussão para a próxima reunião do CES-Conselho Estadual de Saúde, e fariam contato com alguns
1761 Conselhos do Nordeste para somar ajuda. A Coordenadora da CIB considerou suas sugestões muito interessantes, mas, em
1762 razão das competências de cada instância e repartição, sendo um momento político, essa questão ACS e ACE fica na
1763 responsabilidade dos municípios, e a resposta à confrontação com o não atendimento e expectativa dos agentes comunitário e
1764 de endemia fica na conta do secretário municipal, que tem de explicar que não recebeu o dinheiro. Citou como exemplo que
1765 não é competência da CIB se dirigir ao Ministério da Saúde para habilitação de saúde da família, não é possível a CIB officiar
1766 isso ao Ministério da Saúde, sendo de competência de outra instância, então cada um identificar sua forma de manifestação
1767 adequada conforme discutido neste fórum. A Coordenadora Adjunta salientou que a CIB tem que fazer a manifestação, porque
1768 trata-se de endemias no estado, por exemplo, um território ter de ter 20 agentes de saúde, se não tem como dar conta do
1769 território, considerando as normas antigas 800 para cada, e só colocar um. Mencionou a fala de Rívia, a situação ficará feia
1770 para Salvador e os outros municípios. **Foi pactuado que fizessem o documento e encaminhassem para o Ministério da**
1771 **Saúde**. Em seguida, deu prosseguimento à pauta do COSEMS. **6.3 CIR de Vitória da Conquista solicita abertura de adesão**
1772 **à Ata de Registro de Preço do CEPRED/SESAB para aquisição de órtese, prótese e materiais especiais, principalmente**
1773 **cadeira de roda para concessão aos pacientes da Microrregião** - conforme discutido na reunião do COSEMS e a proposta
1774 foi ampliada para os municípios, inclusive os que têm recurso de órteses e próteses, em 2009 se passou para o teto MAC dos
1775 municípios e teriam que atender uma certa quantidade em seu entorno e não estão conseguindo atender. A **Secretária de**
1776 **Vitória da Conquista** colocou que não se consegue fazer licitação de cadeira de roda, órtese e prótese, porque as licitações
1777 'dão desertas' ou chegam com valores absurdos, e exemplificou com o Município Teixeira de Freitas, que não consegue
1778 comprar sequer para seus pacientes. Sugeriu tentarem fazer uma adesão à ata de registro de serviço, como foi o projeto da
1779 assistência farmacêutica, que tem ajudado bastante os municípios. Solicitou ao estado que ajudasse os municípios na
1780 aquisição de órtese, prótese e materiais especiais, principalmente cadeira de roda. **Adélia Pinheiro** reforçou que, conforme
1781 posto para o momento de análise, a importância, é uma ação de parceria, **pelo** poder de compra do ente e da mesma forma
1782 que a estrutura estadual tem o poder de comprar e o federal muito mais. Quando pensavam nesta forma mantinham a
1783 capacidade de agilidade, que é importante, é uma ação parceira muito interessante, como fazer estudos e algumas consultas
1784 que trata de órtese e prótese. Pediu ao COSEMS que oficializasse, para que a SESAB fizesse o estudo e, dependendo de
1785 como caminhassem e se fosse necessário, e ser apenas uma ação administrativa, prepararem e divulgarem, quem quisesse
1786 aderiria e se fosse uma ação, que fosse necessária a aprovação da CIB, e encaminhariam. **Stela Souza** informou que Salvador
1787 tem 2100 agentes de endemias no CNES, todos efetivos e recebem pela Portaria 1420. **Item 6.4 Município São Félix/BA**
1788 **solicita habilitação de três (03) novos leitos de UTI-Adulto, implantado no Hospital Nossa Senhora da Pompeia, CNES**
1789 **2520613**: unidade contratualizada com o município, pauta já pactuada na apresentação da DAE, por Alcina Romero.
1790 **Aprovado. Item 6.5** Acesso dos secretários municipais de saúde de forma presencial às reuniões ordinárias da CIB: Stela
1791 Souza comentou que a reunião do COSEMS teve um público baixo, os secretários não compareceram porque tiveram um
1792 congresso e todos se deslocaram por um semana, então quem está em seus municípios acompanhando, via web, mas há uma
1793 certa reclamação para colocarem quantidade maior de secretários para participarem da CIB, visto que o Auditório não
1794 comporta todos os secretários municipais de saúde da Bahia e os técnicos, adoram a cultura baiana de todos juntos. Relatou
1795 que os secretários querem contribuir com a reunião presencial e solicitou à Secretária de Saúde do Estado para ver como
1796 resolver essa situação dos colegas secretários para participarem das reuniões da CIB presencial neste Auditório fantástico. A
1797 **Coordenadora da CIB** colocou que podiam utilizar estratégias para essa questão do Auditório, que tem 144 lugares, excluídos
1798 os lugares da mesa, claro que depois da pandemia tinham aprendemos a ouvir e exercitado algumas coisas e as possibilidade
1799 e ajustes que foram feitos nos vários espaços para acompanhamento de assistência remota e realidade, mas pensaria em
1800 estratégias que permitam e favoreçam a participação de secretários, sem haver dispêndio público desnecessário, talvez abrir a
1801 inscrição como regra, limitando o prazo e, ultrapassado o número de inscritos, verificarem a possibilidade de usar outro
1802 auditório que comporte, enfim é absolutamente legítima a proposição. Informou que esta é a última reunião da CIB ordinária
1803 que faziam antes das eleições e retornariam após as eleições, e na medida de alguns acontecimentos que fujam das suas
1804 absolutas expectativas e que não seja possível enfrentar através de resolução ad referendum e reunião de Grupo Condutor,
1805 preservarem a possibilidade, ainda assim, de uma convocação excepcional, mas esperava que nada tão surpreendente
1806 acontecesse. Desejou a todos e todas que retornassem com segurança e com senso de dever cumprido e que se
1807 encontrassem novamente após as eleições, com alegria nos olhos e esperança renovada. **Nanci Salles** perguntou a Stela

1808 Souza sobre como ficariam as CIR neste período de eleições e a **Coordenadora Adjunta da CIB** informou que estão
1809 suspensas as reuniões das CIR em todo período das eleições, e havendo pauta emergencial, o município encaminha para o
1810 Grupo Condutor. Em seguida a **Coordenadora** agradeceu a presença de todos, declarando encerrada a sessão e informando
1811 que a próxima reunião ordinária, em horário a confirmar, será avisada posteriormente. Não havendo mais o que tratar, após
1812 registro da Ata feito pelo núcleo administrativo da Secretaria Executiva da CIB, (Silvana Salume), e sua revisão pelo núcleo
1813 técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será
1814 assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 22 de agosto de 2022.

1815 Membros Titulares:

1816 Adélia Maria C. de Melo Pinheiro _____

1817 Stela dos Santos Souza _____

1818 Cássio André Garcia _____

1819 Rivia Mary de Barros _____

1820 Igor Lobão Ferraz Ribeiro _____

1821 Décio Martins Mendes Filho _____

1822 Raquel Ferraz da Costa _____

1823 Membros Suplentes:

1824 Maria Alcina Romero Boullosa _____

1825 Rita de Cássia Silva Santos _____

1826 Marcelo de Jesus Cerqueira _____

1827 Fábio Maia Prado _____

1828