

1
2
3 Aos vinte e três dias do mês de novembro do ano dois mil e vinte e três, no Auditório da UPB – União dos Municípios da Bahia,
4 com as presenças dos membros da CIB Roberta Silva de Carvalho Santana, Secretária de Saúde do Estado da Bahia e
5 Coordenadora da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André
6 Garcia, Rivia Mary de Barros, Karlos da Silva Figueredo, Mônica Hupsel Frank, Ernesto da Costa Lima Júnior, Fábio Maia
7 Prado, Jacklene Mirne Gonçalves Santos e dos suplentes Paulo José Bastos Barbosa, Raul Moreira Molina Barrios, Luiz
8 Henrique Gonzales d'Utra, Maria Alcina Romero Boullosa, Paula França Rocha, Marcelo de Jesus Cerqueira, Raquel Ferraz da
9 Costa, Everton Gomes da Silva Bueno e Lívia Maria Bomfim Mendes Aguiar. Às 14 horas e 35 minutos, após verificação de
10 quórum, a **Coordenadora da CIB** cumprimentou a todos os presentes, informando que Stela Souza estava propondo uma
11 inversão da pauta, a pedido do COSEMS, e iniciar pela pactuação, pois ela só poderia ficar até as 16:30h, e de sua parte não
12 havia nenhum óbice, se os demais membros concordassem a reunião poderia prosseguir dessa forma. **Houve consenso.**
13 Antes de passar à ordem do dia, a **Coordenadora** registrou a presença de Carlão, representando o Ministério da Saúde, que
14 falaria rapidamente das novidades e comunicou que na próxima segunda-feira entregariam quarenta e sete ambulâncias
15 SAMU, dentro do que foi pactuado, com a presença da Ministra da Saúde, a lista dos gestores que receberão já está à
16 disposição, já tendo começado os contatos com os municípios e essa definição partiu do Ministério, com base nos critérios que
17 foram colocados, de ontem para hoje alguns municípios haviam lhe ligado e como ele estaria aqui hoje, ela se colocou à
18 disposição para conversar com Carlão. Relatou que, das quarenta e sete, trinta e cinco serão entregues em Salvador, os
19 prefeitos e os secretários de saúde estão sendo convidados para participar dessa entrega importante para a expansão e
20 renovação da Rede de Urgência e Emergência do estado. Provavelmente na segunda-feira à tarde serão entregues doze
21 ambulâncias em Vitória da Conquista - doze municípios daquela região - onde fariam também outros anúncios na área de
22 saúde na Região Sudeste, o Governador anunciará a ampliação de leitos de UTI no Hospital Afrânio Peixoto, entre outras
23 novidades para a região. Analisando outro ponto, estavam vendo os anúncios do aumento de casos de Covid e geralmente tem
24 sido dito que não tem porque se alarmar, mas é preciso se preocupar com a vacinação, a única forma de não se entrar em
25 pânico é se vacinando, não tem outro caminho que não seja esse, os municípios já têm feito um trabalho muito bom, mas ainda
26 pouco, porque só tem 13% de vacinação da Bivalente, o que é desesperador; se olharem no cenário dos números, é realmente
27 um indicador muito ruim, para não irem a se preocupar com a Covid. Relatou que tem acompanhado os casos de internamento,
28 a Secretária Ana Paula, de Salvador, tinha lhe ligado preocupada com o aumento de internamentos e o que tinham analisado
29 nos números é que em outubro houve uma grande quantidade de internamentos, mas não foi tão concentrado na macrorregião
30 Leste, agora que Salvador sentiu mais, no mês de novembro inverteu, o número não cresceu muito, diferentemente do mês
31 passado, mas a macrorregião Leste apresenta esse aumento, então estavam trabalhando no conjunto, tinham dado prioridade
32 e aberto leitos - não tem mais leito nem mais hospital dedicado à Covid - sendo por isso que as unidades sentem; antes,
33 quando os casos entravam, o leito estava disponível, puxava o paciente e não dava para sentir, a tela da regulação não
34 refletia. Então foram abertos os leitos dedicados à Covid no Hospital Dois de Julho, porque assim estava previsto, estavam
35 dando uma atenção especial a Salvador e vinham trabalhando para puxarem os pacientes com Covid da UPA para eles não
36 ficarem lá, assim, a prioridade e a orientação da rede - imaginando que os municípios também estejam vivendo isso - é que
37 precisavam aprender a conviver com a Covid dentro das unidades hospitalares, assim como viviam com outras doenças infecto
38 - contagiosas como Influenza e correlatos, com leitos de isolamento, claro que não se faz isso da noite para o dia, requer
39 intervenção física e vinha orientando as unidades, mas a prioridade dada é para puxarem os pacientes que estão em UPA,
40 assim, pedia cuidado. Citou uma nota que tinha visto, referindo-se a medidas nas escolas e o que se pede é o de sempre,
41 isolamento, inclusive Rivia Barros tinha pedido pediu uma atualização da Nota para ponderar os dias de afastamento,
42 acompanhar o Ministério, não tem mais o que se falar em quinze dias, são as práticas e as questões de higienização nas
43 unidades que precisam cuidar e fazer o que já se sabe fazer hoje com mais experiência para tratarem com o vírus do que
44 antes. Considerou que estavam também em alerta quanto a uma pneumonia ambulante que está circulando de novo na China,
45 atingindo diretamente as crianças e estavam no ponto de monitoramento, a OMS pediu uma atualização disso para poder
46 entender, mas é um ponto de alerta para a pediatria, já tinham vivenciado isso no começo do ano e não queriam viver de novo,
47 então é preciso se organizar, as festas de final de ano estão chegando e o desespero é a vacina, daí o pedido para
48 intensificarem, abrirem em horário diferente, fazerem ações aos sábado para dar flexibilidade no acesso. Enfatizou que, nesse
49 momento em que ela tinha a oportunidade de estar com todos, é sempre importante falar, ontem estivera com Alcina Romero e
50 tinham passado algumas horas discutindo, pois estavam tentando enfrentar, na Oncologia, as questões de radioterapia,
51 sabendo que a maioria dos municípios está enfrentando problema com relação a isso, não é um assunto fácil de vencer, não é
52 um equipamento que se compra facilmente e nem uma estrutura que se constrói da noite para o dia, é um *banker* com toda
53 uma estrutura de proteção nuclear para blindar, enfim, esse assunto que está, com Alcina Romero e Mônica Hupsel, à sua
54 mesa, vinham se debruçado para encontrarem um meio de potencializar contratos privados até as obras ficarem prontas.
55 Informou que tem duas obras do Ministério que foram retomadas recentemente, uma em Teixeira de Freitas, ontem estivera
56 com o Secretário Municipal e amanhã estaria com o de Vitória da Conquista, são duas obras importantes, mas só ficarão
57 prontas em meados do próximo ano e ainda tem um tempo para que se implante acelerador linear. Estava então falando de
58 sobreviver nos próximos ano e meio a dois anos, sabendo que a Oncologia não espera, assim, já foi mapeado o que podiam
59 fazer, será uma estratégia jurídica difícil, mas a Procuradoria já os havia orientado, esperava então que no máximo em janeiro
60 conseguissem apresentar aqui todas as medidas já tomadas, algumas estão sendo feitas de pronto e tem mais outras.
61 Observou que sempre se discute sobre o porquê dessa crise com a radioterapia, ponderando que é por conta do próprio
62 equipamento e da expansão desse serviço, que é difícil, tem Barreiras e Irecê para onde houve um compromisso do Ministério,
63 inclusive ontem tinha falado com Helvécio sobre o fornecimento desses aceleradores lineares, a licitação já foi 'colocada na
64 rua' por três vezes e sempre dá 'deserto', agora tinham pedido para retirar o transporte da licitação, pois transportar um
65 equipamento nuclear de importação é algo bem complexo e o estado assumirá, mas isso demanda tempo. Desse modo, foi
66 refeito o TR e relançariam, o Ministério sinalizou e pediu que lançasse hoje uma proposta, eles tentariam fazer um convênio
67 direto para aquisição com a 'Varian' para colocar o equipamento aqui, mas até lá demanda tempo, a parte boa é que essas

68 obras já estão prontas e só precisa do equipamento, que ainda não tinham conseguido comprar. Sinalizava aqui também,
69 observando que ela é mais arrojada e Alcina Romero mais cautelosa e gostava de ouvir, queria apresentar na próxima CIB, de
70 dezembro, um movimento em que, mais adiante, Itabuna, Vitória da Conquista e Teixeira de Freitas passarão o serviço de
71 Oncologia para o estado, isso requererá um ajuste, desde a regulação dos pacientes do sistema lista única até a própria
72 transição desse processo, que não é simples, mas o estado vai fazer. O assunto já foi levado ao Governador e ele entende que
73 tem realmente um custo elevado, os municípios não conseguem dar conta e como é um compromisso do estado começariam a
74 fazer as tratativas, já estavam conversando com Itabuna, já tinham conversado com Teixeira de Freitas, amanhã conversariam
75 com Vitória da Conquista, tem que ser revisto credenciamento, tem uma série de providências para serem tomadas, em breve
76 o estado colocará aqui na CIB a assunção do serviço para poder ajudar, a fim de melhorar e aprimorar. Finalizou os informes
77 gerais registrando novamente, pois tinha vindo hoje com o propósito de sair daqui com todos conscientizados de que é preciso
78 fazer o processo de vacinação, se as pessoas não estão indo à vacina, levariam a vacina às pessoas, que fizessem busca
79 ativa, iriam para cima, é realmente preciso fazer esse movimento de vacinação para não terem uma situação complicada nos
80 próximos dias, diante do cenário. Demonstrou ainda preocupação porque não se consegue contabilizar os casos da mesma
81 forma, Márcia São Pedro tem dito isso, as pessoas fazem um teste rápido na farmácia e muitas vezes não se tem controle dos
82 resultados e as variantes que estão por aí, se não se faz PCR, não tem como saber qual é a variante que está circulando.
83 Assim, lhe preocupava o cenário de desconhecimento, pois quando se trabalha com ciência é preciso ter controle da situação e
84 hoje podia dizer que, se não se mapeia o vírus, não tem como saber o que está rondando por aí, então é preciso orientar as
85 pessoas que têm casos e estão com sintomas mais fortes a fazerem o PCR, para que pudessem ter conhecimento das
86 variantes que estão circulando no estado. **Stela Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB,**
87 cumprimentou a todos e elogiou os informes importantes, citou a cirurgia eletiva, considerando importante Mônica Hupsel ter
88 visto a apresentação e agradeceu à Secretária, que foi extremamente atenta ao conversarem. Em relação à questão da
89 Oncologia, observou que, se é uma solicitação dos municípios e uma necessidade também da região, e o Estado podendo
90 ajudar, pois realmente o custo é alto e os municípios colocam a dificuldade, Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas, Itabuna
91 tinham comentado também sobre isso e o COSEMS daria todo apoio possível, o Estado entra com a ajuda providencial que é
92 sempre necessária. Concordou que todos precisavam ouvir novamente sobre a vacinação, lembrando do evento do Pacto
93 Nacional da Consciência Vacinal no Ministério Público, o COSEMS também participou, teve a proposta da assinatura e na
94 reunião do Cosems foi feita a apresentação, todos os municípios que estavam presentes já assinaram o pacto e ficou acordado
95 que seria enviado por e-mail para os outros municípios, que assinariam e eles lançariam no site do Ministério. Houve então
96 adesão maciça dos secretários que estavam presentes e os outros, que assistiram via web, ou seja, os municípios estão
97 também engajados nessa luta, lhes preocupava muito e estavam chegando junto com os municípios, em campanha. Ressaltou
98 que, além da imunização e da vacina contra a Covid, que precisavam correr atrás, tem também a Dengue, que está realmente
99 aumentando, tem ocorrido muita notificação e é preciso fazer um movimento. Relatou que ontem eles tinham saído às ruas no
100 seu Município, Cabaceiras do Paraguaçu, fazendo de novo uma grande faxina e conscientizando a população quanto à
101 limpeza dos quintais, que não é obrigação do agente de endemias e sim de cada cidadão limpar o seu espaço, sendo preciso
102 alertarem, porque está chegando o verão, o período de chuvas, e a Dengue está cada vez mais forte, então o COSEMS está
103 sempre presente e participando. A **Coordenadora** informou ainda que o Governador tinha lhe pedido para fazer um programa
104 de vacinação na escola, relatando que queria fazer agora com a vinda da Ministra, mas pensando bem é mais oportuno no
105 começo do ano, para a pauta não se esvaziar no final do ano, quando tem avaliação, encerramento, férias, então contaria com
106 os gestores para fazerem um bom programa, colocarem uma semana de vacinação dentro das escolas estaduais, municipais,
107 privadas, garantindo que terão todo apoio, inclusive já estava articulando com o Ministério, pois também precisavam de
108 reposição de algumas vacinas para poderem fazer um programa bem abastecido, será feita inclusive uma portaria conjunta
109 com a Secretaria de Educação e queria contar com o apoio de todos para começarem o ano fazendo um projeto bacana de
110 vacinação dentro das escolas. Dando início à ordem do dia, a **Coordenadora** submeteu à aprovação a **Ata da 311ª Reunião**
111 **Ordinária de 2023**, que foi encaminhada por e-mail aos membros da CIB e foi **aprovada à unanimidade. Nanci Salles,**
112 **Secretária Executiva da CIB**, cumprimentou a todos lembrando que há um informe da DGC em relação às ações no mês da
113 Consciência Negra, pois a Coordenadora tinha sugerido colocar essa pauta sempre em primeiro lugar. A **Coordenadora**
114 concordou, reforçando que este é o mês da Consciência Negra, inclusive tinha feito hoje um registro na abertura do Seminário
115 Internacional, então, por conta da prioridade do mês, tinha pedido a Stela Souza para iniciarem com essa pauta devido à sua
116 importância e em seguida seguirem com a pactuação conforme solicitado e ela concordou. **1. GRUPO CONDUTOR DE**
117 **REDES: 1.1 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/GASEC/COSEMS: 1.1.1 Ações no**
118 **mês da Consciência Negra - Liliane Mascarenhas, Diretora da DGC**, cumprimentou a todos, registrando as presenças de
119 Jéssica e Monique, da Área Técnica de Saúde da População Negra, e colocando que esse informe é para ratificar o mês da
120 Consciência Negra, lembrando a necessidade de se pensar em ações durante o ano inteiro, no que se refere à identificação
121 das doenças mais prevalentes, para trabalharem na Atenção Básica, pensarem também no quesito raça/cor, intolerância
122 religiosa, enfim, ratificarem esse compromisso do estado e dos municípios com essa pauta. Lembrou que foi colocado nas CIB
123 anteriores que está sendo feito um monitoramento na implantação da Política Estadual de Saúde da População Negra e até o
124 momento só houve resposta de duzentos e setenta e cinco municípios, ressaltando a importância disso para se conseguir
125 identificar quais as ações que estão sendo realizadas, que estratégias pensarem para os próximos anos. É ratificando o QR
126 CODE que foi colocado aqui, tinha pedido a Nanci Salles para repassar ao COSEMS e todos os municípios porque precisavam
127 ter esse panorama e pensarem em estratégias para fortalecimento, já foram feitas algumas ações voltadas para as pessoas
128 privadas de liberdade, com foco na população negra, que é evidente dentro do sistema carcerário. Informou ainda que haverá
129 um curso de capacitação voltado também para os trabalhadores da SESAB e estavam sempre investindo em ações dos
130 municípios e continuariam, mas estavam tendo esse olhar internamente, para os trabalhadores da SESAB também,
131 inicialmente do nível central e a ideia é levarem isso para os trabalhadores de todas as unidades. Finalizou enfatizando que a
132 necessidade de ratificar o monitoramento da política é importante não só este mês, mas o ano inteiro. Em seguida passou para
133 os pontos de **Pactuação: 1. ACESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO**
134 **DA BAHIA – SESAB/GAB/APG/COPRI: 1.1 Mudança de território do Município Tucano, da Região de Saúde de Serrinha**

135 (Macrorregião de Saúde Centro Leste), para Região de Saúde de Ribeira do Pombal (Macrorregião de Saúde Nordeste)
 136 - CIR Serrinha. Cristiane Macêdo, Técnica da APG/COPRI, cumprimentou a todos, relatando que o município atende aos
 137 critérios de mudança do Plano Diretor de Regionalização do Estado e tem contiguidade. As duas CIR concordaram e foi
 138 aprovado pela área técnica, mas é preciso encaminhar à Governadoria do Estado, porque vai trocar também de Núcleo, saindo
 139 da Macrorregião Centro-Leste para a Nordeste e encaminhariam a base ao Ministério para alterar os dados do município. A
 140 Coordenadora colocou a deliberação em votação e **houve consenso**. Relatou que fez um combinado com Stela Souza, pois,
 141 sensíveis à situação dos municípios pois não querem ser trava para os municípios poderem pedir ampliação do Teto MAC,
 142 ainda que o Ministério não explicita critérios de aprovação, o município tem critérios e funciona, porque, mesmo em situações
 143 muito acima do que estava visto, chegam a passar na CIB, vão para o Ministério, que aprova dentro do critério que está
 144 estabelecido. Já foram rediscutidos os critérios, tendo sido inclusive bastante discutida a possibilidade de revogar a portaria,
 145 mas tem situações que são gritantes e não cabe fecharem os olhos para isso, como os que estão pedindo quase 500% do
 146 incremento do seu teto MAC, não realizam sequer 26% de produção, não é razoável discutir isso, se fosse para fecharem
 147 completamente os olhos para a análise técnica, não achava que isso fosse saudável para o Sistema Único de Saúde, porque
 148 seria aportar recurso efetivamente para onde não se tem produção alguma e foi um dos pontos que tinham discutido bastante,
 149 a sensação que se tem é: não executa, não produz, porque não tem dinheiro, isso falando de não conseguir executar 30% do
 150 que está previsto, não é razoável. Dessa forma, estavam propondo um critério para ser aprovado aqui, se todos concordassem,
 151 em que se amplia bastante e se dá condição com o critério técnico de até 100%, o que estão pedindo, no mínimo, é que haja
 152 produção para se poder analisar, o que não impede que peçam, podem pedir se tiverem produção abaixo de 50%, mas vai
 153 pedir 100% do valor no máximo, porque se deixar isso solto também é perder completamente o bom senso da análise técnica e
 154 o Ministério não aprova. Tinha sabido de um município que pediu, tendo passado pela CIB um valor muito acima do que previa
 155 a resolução, mas o Ministério liberou exatamente o que definia o critério do estado, isso para entender que o Ministério não faz
 156 isso sem análise técnica criteriosa, mas claro que queriam facilitar a vida dos municípios, não estava aqui para atrapalhar e se
 157 fosse para atrapalhar ela preferia sair, então teriam que se ajudar conjuntamente no fortalecimento do sistema. Dando
 158 seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 2. GASEC/COSEMS: 2.1. Pleitos de municípios de assunção ao**
 159 **Comando Único dos Serviços de Média e Alta Complexidade – Itanhém e Serra Preta: Cristiane Macêdo** alertou para que
 160 os municípios ficassem atentos, porque a partir da competência dezembro o Fundo Estadual não receberá mais os recursos,
 161 significando que o município terá que processar a base do mês doze e no quinto dia útil de janeiro ele recebe o pagamento do
 162 valor da PPI, não mais o Fundo Estadual. A Coordenadora colocou em votação e **houve consenso**. Dando seguimento,
 163 passou para o próximo ponto de **Pactuação: 2.2 Ampliação de Teto MAC – Alteração da Resolução CIB Nº 213/2019.**
 164 **Cristiane Macêdo** reiterou que o Ministério tem critérios que desconheciam, eles analisam sim a produção, inclusive tem
 165 município que pediu dez milhões de reais e o MS deu dois milhões, outro que pediu oitenta e três milhões de reais e o MS deu
 166 vinte e cinco, então há uma base nisso e para não ferir nada, não ficar em desacordo, nem expor o estado da Bahia, estavam
 167 propondo algumas alterações. Evidenciando algumas alterações que flexibilizem para o gestor municipal com registro da
 168 produção, mas ao mesmo tempo que não crie constrangimento aos gestores do Estado da Bahia perante o Ministério da
 169 Saúde, iniciou a apresentação em *slides*, mostrando que a nova resolução para recomposição do teto financeiro MAC pelo
 170 Ministério vem considerando o Ofício Circular do Ministério, estabelecendo que, se vai haver solicitação de recomposição,
 171 tenha um estudo motivando o porquê, tenha uma resolução CIB e se apresente o valor. A Lei nº 8.080/1990, que trata da
 172 direção única e da Tripartite, a Lei nº 8.142/1990, que cita que é para cobertura das ações e serviços de saúde a serem
 173 implementados no município, estado ou Distrito Federal, a Portaria de Consolidação nº 6/2017, sobre o financiamento, refere a
 174 tabela federal, diz que a tabela é de referência não é a tabela SUS, é a tabela de referência do Ministério e que pode ser
 175 majorada com o aporte dos dois gestores.

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

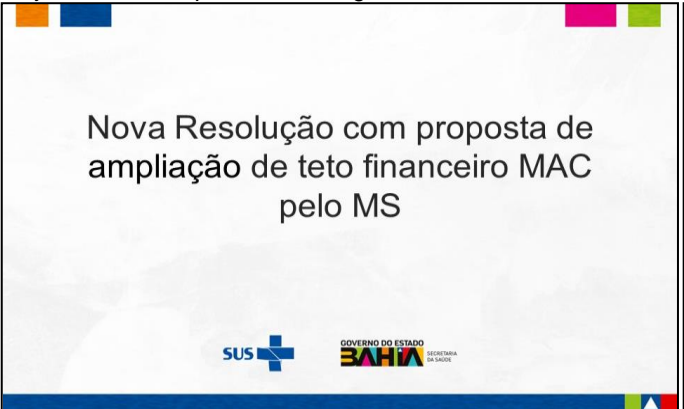
186

187

188

189

190



176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

Considerando:

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No seu Capítulo III Da Organização, da Direção e da Gestão;
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
Art. 12 - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal;
- A Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, com a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde. No título X das condicionalidades para as transferências financeiras, capítulo II da tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde, Artigos 1140 a 1142.
- Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da constituição federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- Ofício Circular nº 12/2023/SAES/GAB/MS sobre orientações sobre solicitação de aumento de teto MAC à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES.

191 Mostrou no *slide* abaixo que a solicitação vem por necessidade de recomposição do teto financeiro federal, sob gestão
 192 municipal ou estadual, ampliação de serviços de saúde no território; ou incremento de serviço novo com habilitação sob gestão
 193 municipal ou estadual. Nos casos de recomposição ou de ampliação de serviços, tem a seguinte consideração: a solicitação
 194 deverá ser acompanhada de estudo técnico com motivação do pedido e valor requerido conforme ofício do Ministério. Quando
 195 a solicitação for pela necessidade de recomposição do teto MAC (I), devem ser observados os seguintes aspectos: – execução
 196 anual do teto MAC acima de 50%, sem limites para recomposição do teto. O município pode pedir qualquer valor, mas tem que
 197 executar no mínimo mais de 50%; – nas situações de não execução anual de 50% do teto MAC, a solicitação de recomposição
 198 deve limitar-se a 100% do teto MAC, retirados os valores de incentivos, porque esses recursos não geram financeiro, são o
 199 SAMU, o CAPS, que são valores que o Ministério já paga e não gera financeiro disso, deixa colocar apenas o físico, que já são
 200 valores definidos pelo Ministério. Nas solicitações para ampliação de serviços de saúde (II), o estudo deve apresentar para o
 201 que se quer o serviço, atendendo à rede de atenção do território. Observou que estavam no movimento do PRI, discutindo rede

de atenção e essa rede tem a coordenação da Atenção Básica que, além de coordenar o sistema, também ordena a rede. Então precisavam que esse serviço subsidiasse a retaguarda da Atenção Primária e perguntou se tinha dado para entender o que é 100%, em que, se o teto hipotético é cem mil, ele tem vinte mil de incentivos, ficam oitenta, então ele pode pedir mais oitenta, o teto dele sairia de oitenta para cento e sessenta.

<p>Solicitação de ampliação de recursos do teto financeiro federal de Média e Alta Complexidade (MAC)</p> <p>I – Necessidade de recomposição do teto financeiro federal de MAC, sob gestão municipal ou estadual;</p> <p>II – Ampliação de serviços de saúde no território;</p> <p>III – Incremento para serviço novo com habilitação sob gestão municipal ou estadual.</p>	<p>Para os casos incluídos nos itens I e II:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ A solicitação deverá ser acompanhada de estudo técnico com a motivação do pedido e o valor requerido, conforme ofício Circular do MS. ❖ Quando a solicitação for pela necessidade de recomposição do teto MAC (I) devem ser observados os seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> I – Execução anual do teto MAC acima de 50%, sem limites para recomposição do teto; II – Nas situações de não execução anual de 50% do teto MAC, a solicitação de recomposição deve limitar-se a 100% do teto MAC, sem considerar os incentivos. ❖ Nas solicitações para ampliação de serviços de saúde (II), o estudo deve apresentar os serviços a serem implantados, que venham a atender a necessidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e subsidiar a retaguarda da Atenção Primária.
--	--

No caso (III), que é serviço de habilitação, é uma condição que o Ministério coloca no ofício, não precisa de resolução CIB, o gestor tem que inserir no SAIPS o pedido desse serviço que exige habilitação, para o Ministério fazer o aporte. Quanto ao fluxo, fica bem claro que a secretaria municipal comunica ao Conselho, não precisa de aprovação, apenas de comunicação ao Conselho, leva à CIR tanto o estudo como o valor que se quer requerer para ter aprovação desta solicitação, a CIR encaminha mediante o formulário quatro para a CIB para que possa também como motivação, com estudo e com valor, aprovar e publicar uma resolução para ser encaminhada ao Ministério com o estudo, o município é que encaminha um ofício ao Ministério.

<p>Para os casos concernentes ao item III, a solicitação de serviços que necessitam de habilitação, deverá se efetuar por meio do Sistema SAIPS – https://saips.saude.gov.br.</p>	<p>Quanto ao fluxo para encaminhamento da solicitação de ampliação de teto de Média e Alta Complexidade (MAC) (I e II):</p> <ul style="list-style-type: none"> I – A Secretaria Municipal de Saúde comunica ao Conselho Municipal de Saúde – CMS a solicitação de ampliação de teto MAC ao MS; II – A Secretaria Municipal de Saúde apresenta à CIR a solicitação de ampliação de teto MAC para o MS, com o estudo técnico com a motivação do pedido e o valor requerido para aprovação e Ofício apresentado ao CMS; III – A CIR encaminha para a CIB, por meio de Ofício e Formulário IV, com o estudo técnico com a motivação do pedido e o valor requerido, Ofício do gestor municipal à CIR e Ofício apresentado ao CMS; IV – O município deverá encaminhar ao MS o estudo técnico junto com a Resolução CIB.
--	---

(Neste momento houve um problema com os slides e aconteceu uma pausa na apresentação.) A Coordenadora relatou ter recebido muitos pedidos, lembrando que ficou combinado a pactuação de resolução em *ad referendum* para facilitar os municípios, mas sendo preciso fazer alguns combinados, pois tem municípios pedindo que não passasse nas CIR, mas que não mandaram o plano ou não fizeram estudo, e assim não dá para assumir o *ad referendum* se nada disso estiver cumprido, não conseguiriam nem no Ministério, porque esses documentos não estariam acostados e o MS não tem condição de assumir, achavam que se ganha tempo, mas não, então é preciso essa parceria de ambos os lados, pode se fazer resolução em *ad referendum*, mas é preciso receber os documentos complementares para garantirem a análise. Enfatizou que a intenção é ajudar, o que chegasse e pudesse ser feito em *ad referendum* o seria, eles não travariam, mas é preciso cumprir os documentos básicos para poderem ter o mínimo de controle e se garantir a análise técnica a ser feita. **Stela Souza** reiterou que a intenção da CIB é facilitar para os municípios, mas desde que atendendo aos critérios, e reforçou o que a Secretária tinha falado, porque muitas vezes lhe ligavam e a primeira coisa que se faz é ligarem para Nanci Salles e ela observava que não tem algum documento, então não é a CIB que está travando nem as Coordenadoras que não estão assinando, tudo que chegasse dariam prioridade, hoje o que está sendo feito é na legalidade e facilitando de forma a atender melhor e mais rápido os municípios. Lembrou que quem vai definir se o recurso será repassado ou não é o Ministério, frisou, só para deixar claro com relação a isso e hoje, se for possível, os municípios que, de acordo com os critérios técnicos da resolução anterior, em aprovando essa nova versão da resolução, para os municípios que já atendam aos critérios técnicos dessa resolução, que se aprovasse logo também, para não ficar nenhum pendente, mas os que estão devendo documento não tinham como aprovar. A **Coordenadora** reiterou que ela e Stela Souza vinham recebendo algumas ligações sobre o critério definido para aprovação e a entrega das SAMU na segunda-feira, então pediria para Carlão se colocar, a fim de ajudar a esclarecer qualquer dúvida. **Carlos Trindade, Superintendente Estadual do Ministério da Saúde/SEMS**, cumprimentou a todos, colocando que na assembleia do COSEMS ele tinha tido oportunidade de conversar com os secretários municipais e em relação ao critério, se estava faltando transparência nesse processo ou não. Nesse sentido afirmou que, se tem uma coisa que não falta nesse Ministério é transparência, queriam fazer todas as coisas passo a passo, sobre o conhecimento e a participação de todos e o mais importante dessa discussão primeiramente quanto aos critérios que foram utilizados nessa leva, inclusive tinha comunicado que existe uma previsão do Ministério de entregar duas mil ambulâncias por ano, seja para renovação de frota, seja para expansão, então existem os dois critérios. Aparentemente o critério vigente seria um critério somente para expansão de frota, mas como existiam situações residuais de 2019 e 2020, achou-se por bem contemplar também essas situações, logicamente jamais diriam que não aceitariam essas coisas residuais, porque estavam fora do critério, a questão aí não é mais de critério, mas de aceitar, ou teria uma outra destinação, então tinham achado por bem aceitar e o mais importante é que a partir daí se criou um critério. Hoje pela manhã foi pactuado com o COSEMS que todos os pedidos novos que chegarem serão construídos juntos, o COSEMS designou uma pessoa para acompanhar isso e cada nova solicitação que chegar estariam encaminhando e mantendo o critério da transparência na sua totalidade. Lembrou que Roberta Santana já tinha trazido a informação inicial de que a entrega de segunda-feira seria feita em duas etapas, na primeira etapa, entregues trinta e cinco ambulâncias, aqui em Salvador, a partir das 9 horas e na parte da tarde doze ambulâncias, em Vitória da Conquista. Informou que a princípio está confirmada a presença da Ministra e do Governador nos dois locais, o que valorizará o processo dessa entrega e estendeu o convite a todo os gestores, mesmo os que não estão contemplados. A **Coordenadora** colocou que não

269 tinha ficado claro para ela qual foi o critério para as que sobraram de renovação, da expansão, todos sabiam qual é o critério, a
 270 dúvida é no critério das que vieram para renovação, porque entraram e porque não entraram na lista, sobre isso é que para a
 271 dúvida do critério, pelo menos a parte que tinha ouvido não tinha ficado claro. **Carlos Trindade** esclareceu que esse critério
 272 não tinha sido estabelecido pelo Ministério, a informação que tinha é exatamente a que repassara aqui, que foi um critério para
 273 se utilizar resíduos de solicitações anteriores e o compromisso é de, a partir de hoje, o critério já estava estabelecido e teriam
 274 esse painel de transparência para toda e qualquer solicitação, lembrando que para ambulância do SAMU não se trata de
 275 emenda parlamentar, não podiam misturar as coisas. **Stela Souza**, para completar a fala de Carlos Trindade, colocou que pela
 276 manhã tinham decidido que veriam com o Ministério todos os que pediram a renovação, Carlos Trindade tinha se prontificado a
 277 verificar a lista, o que está em primeiro, segundo, terceiro, quando é mais ou menos a previsão de receber, para poderem dar
 278 uma resposta aos municípios sobre o critério utilizado, não podia falar de lista, porque não tivera a lista em mãos, então não
 279 podia responder, lembrando que até a próxima semana tinham que entregar isso. A **Coordenadora** comentou que quando
 280 estivera no Ministério, cobrando, lhe tinha sido repassada uma nota técnica que fundamenta onde aparecem as quarenta e
 281 sete ambulâncias no critério que foi aqui colocado, já tinha lido a nota para tentar achar detalhe de critério, não tinha visto, mas
 282 a nota traz outros quadros e outras questões que talvez esclareça na amplitude, mas ela se comprometia a mandar uma
 283 mensagem e assim que lhe respondessem compartilharia para poderem disseminar e pedir o estabelecimento do critério. O
 284 problema foi solucionado e **Cristiane Macêdo** continuou a apresentação, colocando que as coordenadoras a tinham pedido
 285 para tentar trazer o máximo possível de municípios que estivessem com os peitos, então tinham tentado fazer de tudo ontem à
 286 noite e alguns municípios tinham escapado, mas os que não conseguiram entregar o plano, porque realmente hoje de manhã
 287 não dava mais para serem avaliados, elas tinham concordado em, se estiver tudo 'ok', 'passar em *ad referendum*. Mostrou no
 288 *slide* abaixo todos os municípios que pediram e que foram aprovados: Morro do Chapéu - executa 58%, pediu R\$
 289 8.127.943,68; Laje - executa 22,45%, pediu R\$ 910.198,00; Luís Eduardo Magalhães - executa 226%, pediu R\$ 26.110.874,79;
 290 Ibotirama - executa 193%, pediu R\$ 3.288.694,72; Sítio do Mato executa 70%, pediu R\$ 221.946,86; Caetité executa 114%,
 291 pediu R\$ 11.738.560,44; Riacho de Santana executa 43,42%, mas seu o teto é R\$ 1.320.000,00, não podendo solicitar três
 292 vezes esse valor, que significa quase 300%, logo, foi negado, mas pode pedir o dobro, pode chegar até R\$ 1.320.000,00,
 293 então passaria a ser R\$ 2.600.000,00, porém não R\$ 3.600.000,00. No caso de Matina, que chamou bastante atenção, tem
 294 apenas 26% do teto, que é R\$ 512.000,00 e pediu R\$ 5.090.033,27, é uma coisa difícil para o Ministério da Saúde aprovar
 295 isso. Gandu - executa 37%, pediu R\$ 8.071.938,72, mas se ajustar para R\$ 5.500.000,00, poderá ser aprovado; Ituberá -
 296 executa 86%, pediu R\$ 1.326.905,26, foi aprovado também.

Solicitações:

MACRORREGIÃO	REGIÃO	MUNICÍPIO	PROCESSO	% EXECUÇÃO	TETO MAC SOLICITADO (R\$)	SITUAÇÃO (NOVA RES CIB/BA 2023)	Teto MAC sem incentivo
CENTRO NORTE	JACOBINA	MORRO DO CHAPÉU	019.13383.2023.0190856-58	58,67%	8.127.943,68	APROVADO	-
LESTE	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	LAJE	019.13382.2022.0197322-72	22,45%	910.198,00	APROVADO	-
OESTE	BARREIRAS	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	019.9435.2023.0170238-34	226%	26.110.874,79	APROVADO	-
OESTE	IBOTIRAMA	IBOTIRAMA	019.2403.2023.0197812-93	193%	3.288.694,72	APROVADO	-
OESTE	SANTA MARIA DA VITÓRIA	SÍTIO DO MATO	019.2400.2023.0197665-27	70%	221.946,86	APROVADO	-
SUDOESTE	GUANAMBI	CAETITÉ	019.1242.2023.0113220-63	114%	11.738.560,44	APROVADO	-
SUDOESTE	GUANAMBI	RIACHO DE SANTANA	019.1242.2023.0194370-13	43,42%	3.600.000,00	NEGADO	1.320.361,46
SUDOESTE	GUANAMBI	MATINA	019.1242.2023.0194855-90	26%	5.090.033,27	NEGADO	512.466,73
SUL	VALENÇA	GANDU	019.10339.2023.0083606-18	37%	8.071.938,72	NEGADO	5.554.095,07
SUL	VALENÇA	ITUBERÁ	019.10339.2023.0190433-74	86%	1.326.905,26	APROVADO	-



312 Finalizou a apresentação ressaltando que, desses municípios, só foram negados esses três, com a possibilidade de ajustarem
 313 o valor do teto e depois passarem. **Livia Bomfim, Secretária Municipal de Saúde de Itabuna e Membro da CIB** lembrou,
 314 apenas para deixar mais claro para os secretários, que antes o critério era de 50% a mais de produção e só podiam pleitear
 315 100%, então a diferença é que flexibilizou bastante, ou seja, quem passa dos 50% já não tem um teto para solicitar.
 316 Ponderou que ficou na dúvida da tabela apresentada, questionando se era o teto ou o incremento a mais que estava sendo
 317 pedido. A **Coordenadora** considerou bem lembrado por Livia Bomfim, argumentando que tem que incentivar a produção, se
 318 produz mais de 50 está livre para pedir quanto quiser dentro disso. Após a apresentação, a **Coordenadora** colocou em
 319 votação a alteração da Resolução CIB nº 213/2019 e **houve consenso**. Em seguida colocou em votação os municípios que
 320 foram apresentados, ficando os **outros na condição de ad referendum, desde que entreguem a documentação**. **Nanci**
 321 **Salles** questionou se são os municípios que foram aprovados em CIR e que têm pendência de documentação, para posterior
 322 publicação de resolução em *ad referendum*. **Stela Souza** observou que os municípios apresentados por Cristiane Macêdo já
 323 têm todos os documentos, apenas três foram negados, pelo problema com o valor de incremento solicitado, mas a
 324 documentação está 'ok', estes extrapolaram o valor, que foi acima de 100%, mas podem rever, condicionando a 100% do valor
 325 que hoje existe, já que têm produção abaixo de 50%. A **Coordenadora** colocou em votação o incremento de Teto MAC para os
 326 municípios apresentados e os outros três após regularizarem o estudo técnico podem ser publicados *ad referendum*. **Houve**
 327 **consenso**. **Stela Souza** questionou quais municípios ficaram pendentes, porque ainda está faltando documento da CIR, do
 328 Conselho, ou algum outro documento e **Nanci Salles** informou que há pendência na documentação de Formosa do Rio Preto,
 329 Medeiros Neto e Maracás; foram aprovados no Conselho, nas CIR, mas há pendência com o Plano ou com a Ata do CMS e
 330 por isso a área técnica ainda não avaliou. Chamou atenção de que para os municípios de Medeiros Neto e Formosa do Rio
 331 Preto tem apenas uma apresentação, não tem o Plano, lembrando que é uma situação semelhante à de Ouriçangas, sendo
 332 preciso alinhar se poderiam considerar o plano em formato de apresentação e seguirem nessa mesma conduta. A
 333 **Coordenadora** questionou se não havia um padrão definido e **Cristiane Macêdo** esclareceu que, com a nova resolução, não
 334 se trata mais de um plano, tem que ser apresentado um estudo fundamentado, uma justificativa técnica e informando o valor, e
 335 como até ontem à noite a área técnica não tinha recebido nenhum dos três municípios, não tinha como emitir parecer. E agora,

em aprovando, será *ad referendum*. **Cremilda Garcia, Secretária Municipal de Saúde de Medeiros Neto**, cumprimentou a todos e colocou que ontem, às 14 horas, havia recebido uma informação da Secretaria Executiva do Núcleo informando os documentos que precisavam enviar e em outubro, ao participar de uma reunião, ela tinha sido informada que a tratativa era aquela que estavam seguindo, então não tinham tido nenhuma informação, em função disso não tinham encaminhado. A partir daquele momento foram encaminhados todos os documentos e no seu entendimento o que ficou pendente foi a ata encaminhada sem todas as assinaturas, mas foi encaminhado também o estudo na formatação da resolução anterior. A **Coordenadora** orientou que a gestora procurasse Nanci Salles para tentar ajustar e argumentou que se o plano de Ouriçangas foi aceito em formato de apresentação, uma vez que pode para um, pode para dois, então podiam encerrar aqui, se definido que a partir de agora só receberiam o documento por escrito, com o estudo justificado e não cabendo apresentação, para serem justos e poderem ter um critério único, porque é assim que trabalhavam. **Cristiane Macêdo** reiterou que o Ministério pede um estudo, então, mesmo que se liberasse aqui, ao chegar ao Ministério poderia ser devolvido. **Stela Souza** lembrou que na Resolução 213/2019 está claro o que é necessário, hoje foi revogada e aprovada uma nova Resolução, flexibilizando para que fosse mais ágil, só que o que tinham feito hoje também está atendendo um ofício do Ministério, que solicita o estudo técnico, não precisa fazer aquele plano enorme como a 213 solicitava, a nova, que não se sabe ainda o número, só solicita o estudo técnico e o Ministério não liberará recurso sem isso. **Paulo Barbosa, Subsecretário da SESAB e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e sugeriu que se elaborasse um roteiro para esse estudo a fim de ficar mais fácil para os municípios atenderem a esse requisito. **Cristiane Macêdo** informou que já haviam feito uma nota, que foi disponibilizada para as coordenadoras e, em aprovando, seria disponibilizada para ajudar os municípios. Dando seguimento, a **Coordenadora** passou para o próximo ponto de **Pactuação: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SESAB/SUVISA/DIVEP: 3.1 Expansão Programa Vida no Trânsito (PVT)**, e antes da apresentação ela observou que outra pauta que tem discutido bastante é a Ortopedia, em que pese ser um programa já existente no Ministério, ela pediu a Márcia São Pedro que fizesse essa apresentação aqui hoje, porque pretendia, dentro da estratégia, quando for feito o lançamento do programa ortopédico, abrir uma campanha de direção defensiva para poderem trabalhar com trânsito. Ressaltou a necessidade da ajuda dos secretários municipais e que pretendia conversar com Quinho, da UPB, juntamente com Stela Souza, para proporem aos prefeitos o envolvimento no trabalho do Programa Vida no Trânsito, pois não venceriam se não estancassem essa principal causa dos índices de acidente de trânsito e seu impacto na ortopedia e só tem uma forma de fazerem isso, não adiantando ficarem abrindo leito sem estancarem a ação. Relatou que estivera no último fórum de Regulação, onde Ivan Paiva apresentou, depois até ela lhe havia dito que queria ver, que Salvador já tem números significativos e com a implantação do Programa conseguiu reduzir. Assim, porque não fazerem isso em um programa estruturado, que estavam chamando de Mobilidade Sustentável, para conjuntamente poderem fazer essa ação integrada em outros municípios, essa seria então a primeira apresentação e em breve queria apresentar para fazerem um lançamento e os municípios que entendessem estariam juntos para ajudarem nesse processo. **Marlon Pereira, Secretário Municipal de Saúde de Jequié**, cumprimentou a todos e relatou que a equipe do Estado há mais ou menos duas semanas esteve em seu município e foi um momento importantíssimo, considerava um projeto muito bonito e resolutivo que ajudará bastante. Relatou que Jequié já tem uma superintendência de trânsito que vem fazendo um bom trabalho e com essa parceria com o estado avançariam muito, inclusive ele já tinha montado um grupo de trabalho e estavam avançando nessa pauta, tendo envolvido todos os setores como Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Secretaria de Saúde, de Educação, de Comunicação, foi uma mobilização boa, a Polícia Militar estava lá, foi um momento muito bacana e parabenizou o estado por fazer essa parceria com os municípios e com certeza ajudará muito os leitos nos hospitais. **Márcia São Pedro, Diretora da DIVEP**, cumprimentou a todos, disse que falaria um pouco de promoção, pois todo esse tempo tem se falado muito sobre Covid, lembrando da importância da vacinação, porque com a cobertura baixa aumenta o número de reinfecção, que acontece porque são pessoas que ainda estão vulneráveis, que não tomaram a vacina e não fecharam seu calendário. Iniciou a apresentação em *slides* sobre a Mobilidade Sustentável, colocando que o projeto já foi iniciado em Salvador, mas com o nome de PVT – Programa Vida no Trânsito, uma iniciativa iniciada desde 2009, é uma ação governamental com o objetivo de reduzir morbimortalidade e foi iniciado basicamente com as capitais e o estado, por meio da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, desde o início o Programa está inserido nas doenças não transmissíveis e a Coordenadora é Ana de Fátima. O trazia hoje de novo, entendendo que no cenário do estado tem uma mudança, é falar da proposta de mobilidade sustentável, que é um conceito que está relacionado com a busca da necessidade de equilíbrio de deslocamento de pessoas e mercadorias em relação ao meio ambiente, levando em consideração os fatores econômicos, sociais e ecológicos, trabalhando então na visão de promoção da saúde, que é a única forma que se tem de fazer com que a saúde atenda especificamente quem precisa na alta média complexidade, por isso que é preciso se trabalhar na promoção. Desse modo, o objetivo é convergir a segurança diária com as doenças crônicas não transmissíveis e a expansão do Programa Vida no Trânsito no estado da Bahia. Mostrou no *slide* abaixo que o trânsito traz uma alta taxa de morbimortalidade, significando que, além da perda de vidas prematuras, há um número grande de incapacidades, sejam elas temporárias ou permanentes, que sobrecarregam o sistema de saúde do estado e estima-se que 1,35 milhões de mortes ocorrem pelo trânsito e isso dá um gasto que onera para o serviço público em torno de 3% do PIB.

MOBILIDADE SUSTENTÁVEL
Convergências da Segurança Viária com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e expansão do Programa Vida no Trânsito (PVT) no estado da Bahia.

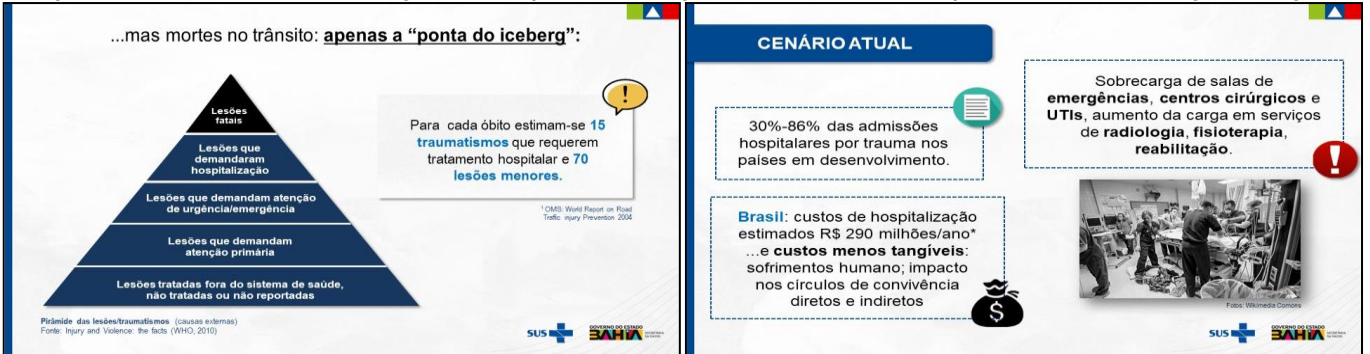
Estimativa anual global de mortes no trânsito: 1,35 milhões (Américas 12%).¹ Brasil 2021: 33.813²

Custos dos acidentes de trânsito: 1-5% do produto interno bruto dos países.³

1-OMG, Global Status Report on Road Safety (2018)
2-Imagem 2021
3-Imagem 2018

Mostrou no *slide* abaixo a pirâmide observando que as lesões fatais estão na sua ponta, ou seja, existem outras coisas até chegar ao óbito, que vai onerar, sobrecarregar, tem lesões que tratadas fora do sistema de saúde e não são tratadas ou tratadas e não reportadas, tem lesões que demandam da atenção primária, lesões que demandam da urgência e emergência, lesões que demandam da hospitalização e, por fim, as lesões fatais. No *slide* seguinte mostrou o cenário atual, reiterando que

403 de 30 a 86% das admissões hospitalares por trauma nos países em desenvolvimento estarão presentes e o Brasil tem um
 404 custo de hospitalização estimado de duzentos e noventa milhões de reais por ano, fora os custos com sofrimento humano que
 405 são menos tangíveis. Então se leva em consideração que existem impactos nos círculos de convivência, normalmente as
 406 pessoas que são afetadas por acidente de trânsito são homens jovens, as famílias perdem muitas vezes o provedor, a esposa,
 407 quando tem filho, assume uma carga, além de sustentar e cuidar dos filhos, também precisa sustentar e cuidar daquele homem
 408 que ficou restrito no leito, com incapacidade, muitas vezes são incapacidades longas, que leva muito tempo, e isso vai
 409 sobrecarregar também a mulher, que assumirá algo a mais e tem uma sobrecarga nas salas de emergências, centros
 410 cirúrgicos e UTI que aumentam a carga dos serviços de radiologia, fisioterapia e reabilitação, isso falando de algo que é geral.

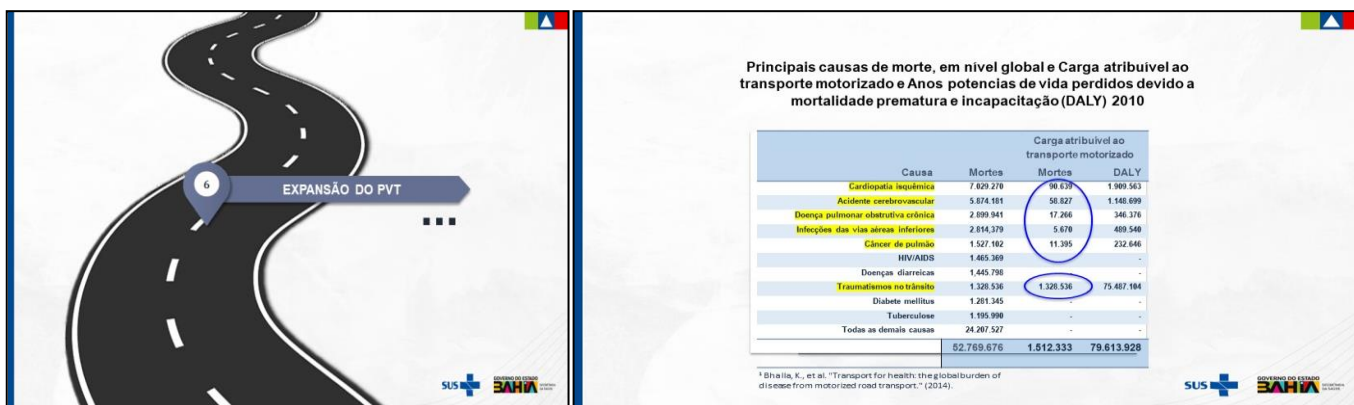


424 Contou que tinha ouvido falarem que a vigilância não fala em gastos, e observou que a apresentação mostra que a Vigilância
 425 do Estado trabalha sim, falando em gastos e olhando no que isso vai impactar, porque esse é o papel do estado, o que dariam
 426 de melhor para a população e para isso é preciso entenderem o que dispunham. No *slide* abaixo mostrou um caminho
 427 simbolizando que, de 2012 a 2022, houve aumento dos casos de internações, em 2012, 60,73% dos acidentes eram em
 428 motociclistas e em 2022 vai para 72,74. Isso impacta nas internações por causas externas, de todas que aconteceram em
 429 2022, 14,61% dos acidentes de trânsito aconteceram com motoristas e isso significa que o custo para o estado foi de
 430 dezesseis milhões de reais e, desses, 70,20% foram direcionados basicamente para motociclistas. Nesse cenário, quando se
 431 faz uma análise dessa série histórica, os principais locais de internações acontecem na macrorregião leste, seguida pela
 432 centro-leste, é uma série histórica que vinham acompanhando como está essa distribuição ao longo dos anos. No *slide*
 433 seguinte mostrou que o início do PVT foi em Salvador, que apresentou sensível redução da morbimortalidade por trânsito,
 434 relatando que ao entrar no estado ela tinha feito parte do início desse processo em que, além de acompanhar, existe um
 435 comitê que realiza as análises de cada acidente e surgem as propostas, o que precisa intervir em determinada via para fazer
 436 com que reduza determinado tipo de acidente e foi nesse trabalho em equipe intersetorial, com múltiplos parceiros, que se
 437 conseguiu o efeito que o Município Salvador consegue hoje, é um trabalho articulado de município e estado, em conjunto.
 438 Então os índices de morte, depois da implantação do PVT, reduziram em 65,78% de 2012 a 2022, a cada dez mil veículos,
 439 houve uma redução da média de mortes de 9,11 para 3,83 por cem mil habitantes, é uma redução visível e com poucos custos,
 440 que precisa de um trabalho articulado de intervenção de promoção da saúde. Com o PVT em Salvador, também apresenta
 441 uma redução do número de lesionados, dentro do período analisado houve uma queda de 46,60% dos feridos por acidente de
 442 trânsito.

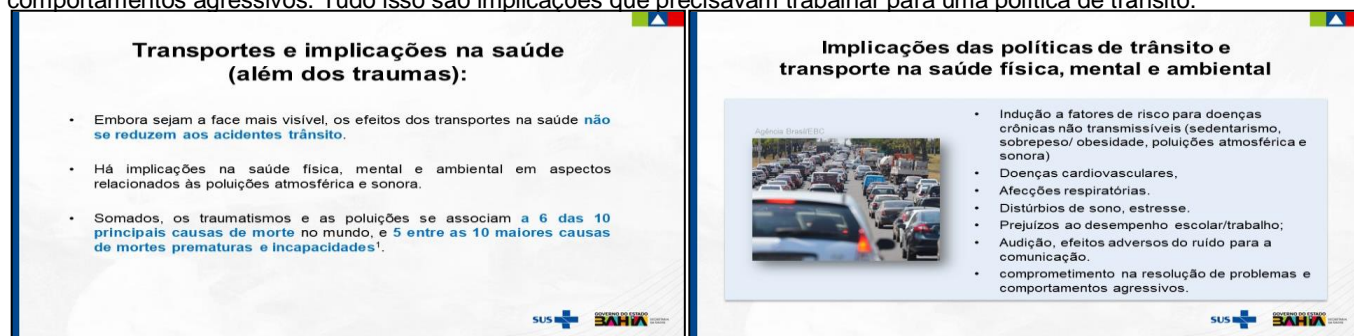


458 Relatou que a proposta é justamente a expansão, se esse programa deu resultado na capital, porque não nos outros
 459 municípios do estado, perguntou. Então tinham começado a fazer esse trabalho, Ilhéus foi elencado dentro de uma planilha de
 460 multicritérios que marcariam, já tinham iniciado e tem uma notícia boa não apenas dos municípios para os que foi feita uma
 461 eleição no primeiro momento, mas tem uma agenda para os dias 6 e 7 de dezembro, a equipe se deslocará para Santo
 462 Estevão, porque encaminhou ofício mostrando o interesse em participar desse programa e a equipe SESAB já iniciaria as
 463 atividades em dezembro. No *slide* que segue mostrou uma tabela com os efeitos secundários do trânsito, na primeira coluna,
 464 as causas de óbito: cardiopatia isquêmica, doenças respiratórias, que já existem, já estão presentes e há óbitos por essas
 465 causas, mas o efeito secundário do trânsito a essas causas é muito grande, o efeito da poluição, do material particulado, do
 466 PM25, traz efeitos graves. Então quando se associa, além dos níveis de estresse de todo um processo em conjunto, tem um
 467 número de noventa e uma mil mortes que são por doenças respiratórias, cinquenta e oito mil por doenças cardiorrespiratórias,
 468 e somando, potencializando aquilo que pode acontecer e com o efeito da poluição, aumentará ainda mais.

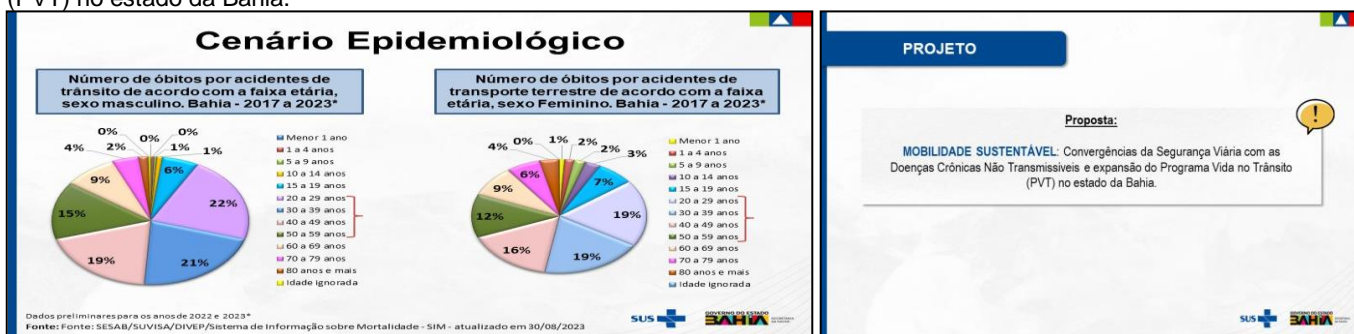
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536



Mostrou no *slide* abaixo que, embora sejam da face mais visível, os efeitos dos transportes na saúde não se reduzem aos acidentes de trânsito, há implicações na saúde física, mental e ambiental, em aspectos relacionados às poluições atmosférica e sonora. Somados, os traumatismos e as poluições se associam a 6 das 10 principais causas de morte no mundo e 5 entre as 10 maiores causas de mortes prematuras e incapacidades. No *slide* seguinte, as implicações das políticas de trânsito e transporte na saúde física, mental e ambiental: - indução a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (sedentarismo, sobrepeso/ obesidade, poluições atmosférica e sonora), isso falando de algo que é crônico e estavam acostumados apenas ao que é agudo, vivenciavam uma pandemia, mas se parassem para pensar que todo ano tem uma pandemia de mortes por doenças crônicas - câncer, trânsito, todas as doenças de que se morre ao longo da vida e que estão relacionadas à qualidade de vida, estão relacionadas à promoção e que impactam no sistema de saúde, oneram o sistema de e é nesse momento que precisavam começar a trabalhar e a pensar de uma forma diferente. Continuando com as dez maiores causas: - doenças cardiovasculares; - afecções respiratórias; distúrbios do sono e estresse, prejuízos ao desempenho escolar e trabalho; - audição, efeitos adversos do ruído para comunicação; - comprometimento na resolução de problemas e comportamentos agressivos. Tudo isso são implicações que precisavam trabalhar para uma política de trânsito.



No *slide* seguinte mostrou o cenário epidemiológico e, como já tinha dito, os mais acometidos são homens, mas se olhassem, quando se categoriza homens e mulheres, todos em uma faixa etária muito parecida de vinte a cinquenta e nove anos, adultos jovens em fase produtiva que estão o tempo todos expostos. No próximo *slide* mostrou a proposta Mobilidade Sustentável: Convergências da Segurança Viária com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e expansão do Programa Vida no Trânsito (PVT) no estado da Bahia.



No *slide* a seguir, mostrou os objetivos: - implantar o Programa Vida no Trânsito nos municípios elegíveis do Estado, considerando o impacto nos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como neoplasias e outras afecções relacionadas à qualidade do ar, ao sedentarismo e os agravos relacionados aos acidentes de trânsito; - reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito a partir do enfrentamento dos fatores de risco e de estratégias para a promoção da mobilidade sustentável; - reduzir os números de internações por acidentes de trânsito nas unidades de traumas do Estado. No *slide* seguinte a metodologia, foram analisados todos esses critérios de seleção dos municípios: - número de óbitos por acidente de trânsito segundo município de residência (SESAB/SUVISA/DIVEP/SIM); - número de internamentos por acidente de trânsito segundo município de residência (MS/SIH/SUS); - número de notificações por acidente de trânsito segundo município de residência (SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN); - frota de veículos por município (DETRAN BA); - número de ocorrência de acidentes de trânsito (PRF); - número de óbitos por acidente de trânsito segundo município de ocorrência (PRF);

- municípios com maiores registros de feridos em acidentes de trânsito (SEINFRA); - municípios que possuem trânsito municipalizado (DETRAN BA). Observou que entre parênteses estão todos os órgãos que são responsáveis de onde vem esse dado, porque não dispunham de todos os dados e alguém lhe perguntaria por que a saúde precisa puxar esse programa então lhe responderia que a saúde puxa porque tem um olhar amplo e é a saúde que tem um olhar para detectar um problema e a capacidade de articulação, já que perpassa por todos os setores.

PROJETO

Objetivos:

1. Implantar o Programa Vida no Trânsito nos municípios elegíveis do Estado, considerando o impacto nos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como neoplasias e outras afecções relacionadas à qualidade do ar, ao sedentarismo e os agravos relacionados aos acidentes de trânsito;
2. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito a partir do enfrentamento dos fatores de risco e de estratégias para a promoção da mobilidade sustentável;
3. Reduzir os números de internações por acidentes de trânsito nas unidades de traumas do Estado;

PROJETO

Metodologia:

Critérios para seleção dos municípios:

1. Número de óbitos por acidente de trânsito segundo município de residência (SESAB/SUVISA/DIVEP/SIM);
2. Número de internamentos por acidente de trânsito segundo município de residência (MS/SIH/SUS);
3. Número de notificações por acidente de trânsito segundo município de residência (SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN);
4. Frota de veículos por município (DETRAN BA);
5. Número de ocorrências de acidentes de trânsito (PRF);
6. Número de óbitos por acidente de trânsito segundo município de ocorrência (PRF);
7. Municípios com maiores registros de feridos em acidentes de trânsito (SEINFRA);
8. Municípios que possuem trânsito municipalizado (DETRAN BA)*.

* Critério obrigatório de seleção

Mostrou no *slide* abaixo que, dentro desses critérios da metodologia, tinham colocado em uma planilha de multicritérios para definição dos municípios prioritários e analisado cada critério, sendo importante que uma das coisas que se tenha dentro da metodologia é que o município tenha um trânsito municipalizado, é preciso um trânsito organizado, um órgão responsável, porque são os que darão resposta que precisa das ações que serão executadas, pois estavam trabalhando com a educação e a saúde, e quinze municípios foram elencados, não estão por ordem de prioridade e sim por ordem alfabética, o que significa que outros municípios podem participar, então já foi iniciado e já estavam na fase de expansão do PDT nessas áreas. No outro *slide* mostrou a metodologia de implantação, ressaltando que existe um caminho a percorrer, começando pelos comitês interinstitucionais com todos os parceiros locais, as oficinas de planejamento que são realizadas no território, sendo importante lembrar que esse programa não é fechado, ao chegar no território serão analisadas a necessidade e tem coisas que precisarão se ajustadas, porque cada território tem uma particularidade, tem coisas que darão certo em um município e em outros não, então é preciso ter esse olhar muito delicado para trabalharem ajustando o que é necessário. Os dados que estarão ali elencados vêm de várias fontes, de todos os órgãos, os dados são qualificados e transformados em uma análise para uma informação e aí se faz o desenho de um programa de intervenção.

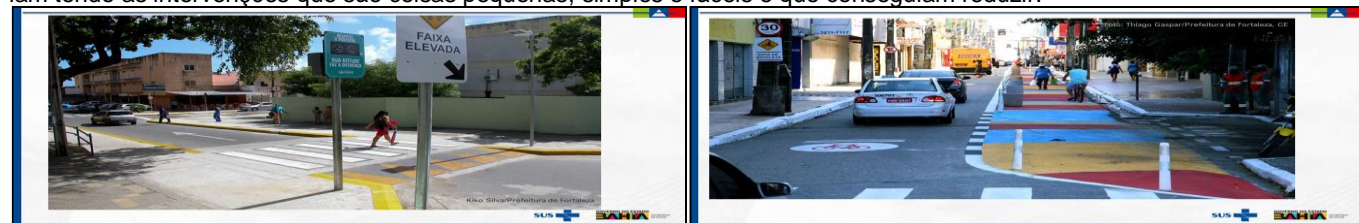
Expansão do Programa Vida no Trânsito no Estado da Bahia

Município	Características	Observações
1. Alagoinhas		
2. Barreiras		
3. Camaçari		
4. Eunápolis		
5. Feira de Santana		
6. Guanambi		
7. Ilhéus		
8. Itabuna		
9. Jerquié		
10. Juazeiro		
11. Lauro de Freitas		
12. Paulo Afonso		
13. Santo Amaro		
14. Teixeira de Freitas		
15. Vitória da Conquista		

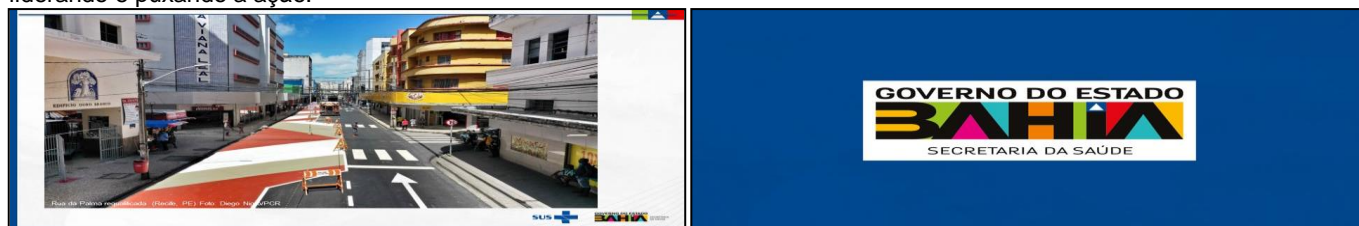
Planilha Multicritérios para definição dos municípios prioritários

METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO

Observou que as intervenções são pequenas e mostrou *slides* com exemplos, relatando que também trabalham em parceria com a ajuda de um consultor da OPAS, com quem discutiam sobre isso, então, em uma rua próxima a uma escola, basta fazer uma elevação que significará 'reduzir a velocidade', para o pedestre poder passar com tranquilidade. Outros exemplos, trabalhando com cores, são coisas simples, se tem uma pista larga que favorece altas velocidades, se pode reduzir essa pista com marcações para que isso dê consciência e uma educação de trânsito de que ali é preciso passar mais devagar e com isso iam tendo as intervenções que são coisas pequenas, simples e fáceis e que conseguiram reduzir.

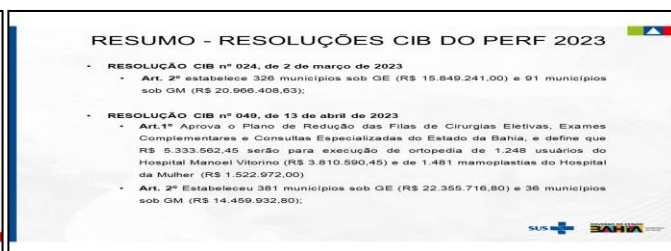


Lembrou que na Paralela existe as contenções que não tinha anos atrás e havia um maior número de acidentes de trânsito, principalmente nas madrugadas, quintas-feiras, sextas-feiras e sábados e era muita análise, a equipe ia para o DPT analisar o acidente com fotos, para perceber o que precisava em cada local, uma contenção, uma sinalização, um radar, então hoje muitas coisas em Salvador já são fruto do PVT, de um trabalho que foi feito por uma equipe, vários setores, com a saúde liderando e puxando a ação.

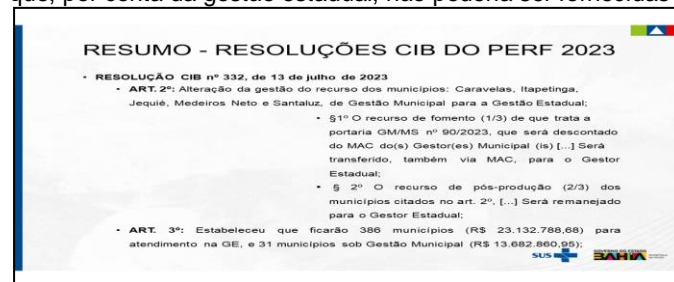


537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602

Finalizou enfatizando que esperava que todos abraçassem essa proposta porque, em se promovendo saúde, a assistência melhorará e liberará a fila da regulação o estado. Após a apresentação, a **Coordenadora** colocou em votação a expansão do Programa Vida no Trânsito (PVT), **houve consenso**, e se colocou à disposição, esperando que todos entrassem nesse projeto que é tão importante, puxado também pelo Ministério da Saúde e com resultado efetivo. E informou que haverá um mutirão de regulação no sábado, dia 25, pedindo a atenção de todos para o transporte dos pacientes, para poderem girar o leito e fazerem a movimentação rápida, a equipe toda se reunir com os diretores médicos das unidades da rede direta e indireta de todo o estado, já tinham feito um plano e toda a equipe estará concentrada. Pediu aos secretários de saúde total atenção para fazerem as movimentações rápido, porque estavam tentando fazer de forma que isso não tivesse reflexo durante a semana. Então, quanto mais rápido pudessem movimentar o paciente, melhor seria, as unidades estão preparadas para fazerem esse grande mutirão e ela contava com os gestores para pegarem os pacientes, fazerem o transporte do que couber, deixarem ponto focal, como já foi feito e como às vezes tinha dificuldade de falar com os municípios, tinha pedido a Stela Souza para ajudar a atualizar a lista e repassar, para que a Regulação possa fazer contato e fazer acontecer esse grande mutirão. que será no sábado, dia 25, com a equipe toda destinada e força tarefa total para poderem trabalhar os números. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 3.2 Projeto Vacinação nas Escolas**, pedindo para colocar este ponto na pauta de janeiro, pois considerava mais oportuno, se todos concordassem, achando que teria melhor eficácia, e disse que foi uma sugestão da Assessora do GASEC, Roberta Sampaio. **Houve consenso**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 4. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 4.1 SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON/COCON: 4.1.1 Alteração da Resolução CIB Nº 332/2023, referente a mudança de gestão do recurso do Plano de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas dos Municípios Caravelas e Santaluz - Paula França, Diretora da DICON e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, informando que mostraria apenas os números, mas com relação aos informes adiantava que os municípios Caravelas, Santa Luz assim como outros, aderiram ao Plano do Estado como gestão estadual, entretanto eles foram executando dentro dos seus próprios programas, com as faixas de AIH e APAC que tinham sido fornecidos anteriormente, antes de passarem para a gestão estadual. Caravelas executou todo o quantitativo de recurso que estava destinado na gestão municipal, não restando possibilidade de transferir recurso para a gestão estadual, já Santa Luz executou uma pequena parte na gestão municipal e o restante alguma execução dentro da gestão estadual. Por conta disso o Ministério entendeu que inviabilizou o repasse do recurso para a gestão estadual, então estava trazendo essa informação e solicitando que esses municípios voltassem para a gestão municipal, porque seria prejuízo para eles se não voltassem e tentassem executar no seu próprio território. Iniciou a apresentação em *slides*, mostrando que a Resolução CIB nº 049/2023 aprovou o Plano de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas e estabeleceu trezentos e oitenta e um municípios sob gestão estadual e trinta e seis sob gestão municipal com esse montante de recursos.



A Resolução CIB nº 332/2023 aprovou os municípios que quiseram passar para a gestão estadual, Caravelas, Itapetinga, Jequié, Medeiros Neto e Santa Luz, lembrando quando o repasse do recurso segue para a gestão municipal e o município não executa todo o recurso dentro da gestão municipal, esse recurso é descontado do Teto MAC e não do recurso como se fosse FAEC, que é a fonte de recurso do Plano Nacional, ficando estabelecidos trezentos e oitenta e seis municípios sob gestão estadual e trinta e um municípios sob gestão municipal. Mostrou nos *slides* a seguir uma retrospectiva das resoluções CIB, na nº 024 estava sob gestão estadual, na 049 foi para municipal e na 332 voltou para estadual, com esse montante de recurso, lembrando que um terço do recurso foi depositado nos tetos dos municípios de gestão municipal e no teto do estado, para os municípios que ficaram na gestão estadual. Já para Santa Luz o montante do recurso era de noventa e dois milhões de reais e um terço de trinta mil, que foi depositado primeiro na gestão municipal e não na gestão estadual. Mostrou no *slide* abaixo o ofício do Ministério informando que ficava inviável retornar o recurso para o Estado, exatamente pela execução total, no caso de Caravelas, e execução parcial, no caso de Santa Luz. Foi feito o Ofício/DICON nº 219, fazendo os informes e as consequências sobre essa operacionalização sobre a gestão municipal e a dificuldade que teriam de agora em diante, para fazerem a operacionalização pela gestão estadual. No outro *slide*, uma análise detalhada por mês e em abril e maio Caravelas não apresentou nada, em junho, julho e agosto foi apresentado um total de cinquenta e cinco milhões, trezentos e dezoito reais e noventa e nove centavos, em setembro ainda não sem execução, o Município Caravelas entrou em contato com a Coordenação de Cadastro, solicitando novas faixas de AIH e APAC, mesmo estando sob gestão estadual e foi informado de que, por conta da gestão estadual, não poderia ser fornecidas novas faixas, porque isso estaria sendo decidido nesta CIB.



670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736

Nos slides abaixo mostrou o ofício de Caravelas relatando que ao receberem o ofício do Ministério, ao tempo em que tinham feito a parte de oficialização por ofício, falando das consequências e informando das decisões do Ministério, também foi feito contato telefônico com o município, foi bem difícil, tinham buscado o COSEMS e a CIB para checar telefone e e-mail e finalmente tinham conseguido. O gestor de Caravelas enviou então um ofício, solicitando que o estado fizesse o repasse do valor da execução que eles tinham feito na gestão municipal, queixando-se que tinham recebido um terço no seu Fundo Municipal, mas que ainda não tinham recebido o restante do recurso e no Ofício ela tinha lhes informado exatamente isso, que não tinha como fazer repasse porque estava executando dentro do seu teto, então se ele não passasse para gestão municipal novamente o que aconteceria é que perderia esse montante de recurso do que foi produzido. Finalizou mostrando a análise de execução de Santa Luz, que também não apresentou nenhuma produção em abril e maio, mas em junho, julho, agosto e setembro apresentou produção no montante de nove mil, setecentos e setenta e nove reais e cinquenta e dois centavos, lembrando que esses valores que estão apresentados, que são do TABWIN, não são os valores de tabela duplicada, conforme foi aprovado na nossa resolução.



Procedimentos realizados	Abril (R\$)	Maio (R\$)	Junho (R\$)	Julho (R\$)	Agosto (R\$)	Setembro (R\$)	Total (R\$)
040703005 COLECISTECTOMIA	-	-	-	11.956,08	5.978,04	-	17.934,12
040704010 HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	-	-	-	5.103,76	7.655,64	-	12.759,40
040906013 HISTERECTOMIA TOTAL	-	-	1.815,86	5.447,58	3.631,72	-	10.895,16
040905008 POSECTOMIA	-	-	438,24	1.752,96	2.620,44	-	4.820,64
040704012 HERNIOPLASTIA UMBILICAL	-	-	869,98	2.609,84	869,98	-	4.349,80
040704004 HERNIOPLASTIA EPIGASTRICA	-	-	-	1.603,46	-	-	1.603,46
040703004 HERNIOPROCTOMIA	-	-	-	1.263,76	-	-	1.263,76
040704009 HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	-	-	-	1.220,12	-	-	1.220,12
040907000 COLOPERIPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	-	-	-	472,43	-	-	472,43
Total	0	0	3.124,08	28.606,61	23.588,40	0	55.318,99




Procedimentos realizados	Abril (R\$)	Maio (R\$)	Junho (R\$)	Julho (R\$)	Agosto (R\$)	Setembro (R\$)	Total (R\$)
040703026 COLECISTECTOMIA	-	-	0,00	996,34	0,00	1.992,68	2.989,02
040704012 HERNIOPLASTIA UMBILICAL	-	-	0,00	0,00	434,99	0,00	434,99
040906013 HISTERECTOMIA TOTAL	-	-	1.815,86	1.815,86	1.815,86	907,93	6.355,51
Total	0	0	1.815,86	2.812,20	2.260,85	2.900,61	9.779,52

Marina Ramalho, Secretária Municipal de Saúde de Caravelas, cumprimentou a todos e colocou uma dúvida, porque foi dito que o Ministério não aprovou, tinha recebido ofício do Ministério informando que já tinha feito o que era a cota do município, só que o credenciamento foi feito via município e estado e assinado o contrato via SEI, mesmo o Ministério não tendo aprovado. Argumentou que são credenciadas quatrocentos e sessenta cirurgias e tinha executado duzentas e sessenta, foram aprovadas quarenta e nove cirurgias do que consta no TABNET, no Lista Única foi orientado a colocar toda a produção, o que regula dos municípios da região, via Lista Única, e lá tem as duzentas e sessenta cirurgias que Caravelas executou, das quatrocentas e sessenta que foi feito o credenciamento. E agora tinha recebido esse ofício, comunicando que seria bloqueado porque o Ministério não aprovou. A sua dúvida é se o município ficará no prejuízo com as duzentas e sessenta cirurgias que já executou com recurso próprio, se o credenciamento é entre o estado e o município. **Paula França** esclareceu que o credenciamento é entre o estado e a unidade de saúde prestadora de serviço, lembrando que foi pactuado em CIB que a unidade prestadora de serviço que estiver sob gestão estadual executa com a faixa de AIH e APAC da gestão estadual, o que Caravelas apresentou foi com a faixa de AIH e de APAC da gestão municipal, que foi fornecida no início da programação e organização de plano, então o que foi programado e executado dentro da faixa de gestão estadual o município receberá integralmente, mas não foi observada produção na faixa de AIH de gestão estadual, apenas na faixa de gestão municipal. **Marina Ramalho** argumentou que teriam que conversar sobre a parte técnica, porque está no Lista Única e realmente não foi aprovado, tanto que ligou cobrando justamente por não ter recebido nada, sendo que já foi executado mais de 50%, o que tinham recebido foi via Ministério, que é do município, mas o que foi credenciado com o estado o município não recebeu, está no Lista Única, mas as AIH não foram aprovadas. **Stela Souza** observou que ninguém estava entendendo e sugeriu que se conversasse com o município para esclarecer isso, ressaltando que não se sentia à vontade para aprovar esse ponto dessa forma, já que há muito detalhe técnico para ser discutido, sendo assim, solicitou que fosse retirado de pauta. **Paulo Barbosa** concordou com Stela Souza lembrando que na reunião do Grupo Condutor foi dito que os municípios que tinham pedido para migrar para o estado fizeram a execução ao nível do município e o Ministério da Saúde sinalizou uma impossibilidade de esse recurso vir agora para

o teto estadual, pelo menos foi isso que ela tinha entendido, mas também achava que precisa esclarecer melhor e depois de tudo resolvido, se todos concordassem, poderia ser publicado resolução em *ad referendum*. **Paula França** relatou que logo depois que souberam dessa informação, tinham tentado isso, feito vários contatos, buscado ajuda do COSEMS e da CIB para obterem os contatos e, por fim, na semana passada tinham conseguido falar com a gestora. Colocou-se à disposição para conversar, mas o fato está consumado, o Ministério não repassará o recurso para a gestão estadual e se não revogar a resolução CIB, o que vai acontecer é que o município corre o risco de perder este recurso que deverá ser repassado pelo Ministério. **Stela Souza** falou que entendera na reunião do Grupo Condutor que a situação estava esclarecida, mas hoje via que não é bem assim, então sugeriu como encaminhamento que Paula França se reunisse com a gestora, para mostrar os detalhes técnicos e, em ajustando tudo e com essa necessidade, revogar para não causar prejuízo para o município, já deixar aqui aprovado que, uma vez estando tudo entendido, far-se-ia resolução *ad referendum*. A **Coordenadora** lembrou que é preciso ter cuidado com relação ao tempo com CIB e Ministério, e concordou com o encaminhamento do *ad referendum* após tudo se resolver. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 4.2 ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB/GAB/APG/COPRI: 4.2.1 Modelo para a Organização da Rede Macrorregional de Atenção à Saúde da Bahia – prioridade sanitária de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus** - **Paulo Barbosa** lembrou que foi feita uma apresentação no Grupo Condutor, mas ficou pendente com a DAE, APG e DAB, se reunirem a fim de se adequarem com as políticas de cuidados ao paciente com Doença Renal Crônica, então tem coisas novas que não chegaram a ver na reunião do Grupo Condutor e veriam agora. **Marcos Prates, Diretor da Atenção Básica**, cumprimentou a todos colocando que estava acompanhado de Márcia Edméa, Coordenadora de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, que muito se debruçou sobre a produção dessa Nota, juntamente com Cristiane Macedo, da APG, Alcina Romero, da Diretoria de Atenção Especializada e a equipe técnica do COSEMS, que ajudou nessa revisão. Iniciou a apresentação em *slides*, relatando que tinham utilizado a nota técnica do CONASS como parâmetro, que preconiza a organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada. Para fazer essa orientação, foi dimensionada a população do estado da Bahia do ano 2021, porque ainda receberão os dados de 2022, mas isso não interfere, são quatorze milhões de habitantes e foi feita a estratificação por faixa etária, considerando que é preconizado na Nota o percentual para Hipertensão e para Diabetes para cada faixa etária, então tem-se uma perspectiva de quinhentos e cinquenta e nove mil, oitocentos e quarenta e cinco diabéticos e dois milhões, trezentos e oitenta e seis mil, seiscentos e dez hipertensos para trabalhar, sendo essa a população alvo.

Modelo para a Organização da Rede Macrorregional de Atenção à Saúde da Bahia

Prioridade Sanitária: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus



Dados Populacionais da Bahia - Prevalência

♦ População Total do Estado da Bahia: **14.038.417 habitantes (2021)**

Prevalência por faixa etária

No Vigente de 2019¹ a prevalência de indivíduos que referiram DM e HAS em diagnóstico recente, por faixa etária.

Idade (anos)	Diabetes (%)	Hipertensão (%)
18-24	0,7	6,1
25-34	1,9	9,8
35-44	3,6	17,0
45-54	7,4	31,6
55-64	17,3	45,2
65 e mais	23,0	59,3

idade (anos)	Habitante	DM	HAS
18-24	1.627.102	113.897	66.711
25-34	2.417.327	45.929	236.898
35-44	1.979.098	71.248	336.447
45-54	1.625.688	120.301	734.811
55-64	1.088.504	188.311	492.004
65 e mais	876.458	20.159	519.740
Total		559.845	2.386.610

Fonte: Nota Técnica para organização da RAS com foco na APS e na AAE - saúde da pessoa com DM e HAS. MS/PROADI-SUBSICONSAB. Página 25.

Mostrou no *slide* seguinte que foi feito um dimensionamento na estratificação de risco, que é compreendida entre baixo, intermediário, alto e médio risco, tendo o mesmo percentual para cada uma dessas populações, lembrando que o baixo risco e o risco intermediário têm que ser acompanhados na atenção primária, que é a coordenadora do cuidado, ordenadora da rede, os outros serão identificados também na atenção primária, mas os pacientes de alto e muito alto risco serão compartilhados com a atenção ambulatorial especializada, de média e alta complexidade, porque tem o seu atendimento, todo o seu cuidado, mas ele volta para a atenção primária, porque qualquer intercorrência, qualquer nova necessidade, é a partir da atenção primária, das unidades básicas que eles farão esse percurso. Então, tem aquele percentual de baixo, intermediário, alto e muito alto risco. Nos *slides* seguintes mostrou os princípios para organização da Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Prevalência por Estrato de Risco

Prevalência por estrato de risco

O Caderno de Critérios e Parâmetros do Ministério da Saúde sugere os seguintes parâmetros de prevalência de DM e HAS por estrato de risco¹⁰⁸

Risco	Diabetes (%)	Hipertensão (%)
Baixo	20	40
Intermediário	50	35
Alto	75	
Muito alto	5	25*

*A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais sugere distribuir os 25% dos estratos de maior complexidade em 20% de alto risco e 5% de muito alto risco¹⁰⁸

Risco	DM	HAS
Baixo	111.969	954.644
Intermediário	279.922	835.314
Alto	139.961	
Muito alto	27.992	596.653

Fonte: Nota Técnica para organização da RAS com foco na APS e na AAE - saúde da pessoa com DM e HAS. MS/PROADI-SUBSICONSAB. Página 25.

Princípios para organização da Rede de Atenção às Doenças Crônicas

- I - Acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;
- II - Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;
- III - Respeito às diversidades étnico raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;
- IV - Modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;
- V - Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VI - Atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VII - Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

Fonte: PORTARIA/GM/MS Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014

No próximo *slide* mostrou a Suficiência Municipal para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), ou seja, o que o município já deve ofertar no seu território a partir das equipes de atenção primária: ações de promoção da saúde e prevenção de doença no âmbito de saúde coletiva/individuais voltada para educação e saúde alimentação e hábito saudável. No ano 2022 a DAB, através de uma remessa que receberam do Núcleo do Ministério da Saúde, encaminhou aos municípios as cartilhas de hábitos saudáveis na atenção primária para todas as equipes de saúde da família, coordenadores de atenção

804 básica e as quatrocentas e dezessete secretarias municipais de saúde dos municípios, é um guia importante que orienta como
 805 serão ofertadas essas ações de promoção da saúde nas equipes de saúde da família. Recentemente, no dia 3 de novembro,
 806 foi publicada uma portaria de incentivo financeiro de custeio federal para atividades físicas na APS, e alguns municípios de
 807 acordo com a adesão que fizeram, têm até duas, três, quatro equipes que receberão esse incentivo. - rastreamento, captação,
 808 confirmação diagnóstica, estratificação de risco e acompanhamento do usuário com DM e HAS, já tem os cadernos de atenção
 809 básica, mas na Diretoria, através da planificação, duas regiões de saúde, a de Valença e a de Simões Filho já receberam
 810 auxílio de estratificação de risco, que foi uma sinergia da planificação com o Hospital Sírio Libanês, através do Tele Nordeste,
 811 ampliaram essa ação de estratificação de risco que é feita aos profissionais da Atenção Primária na macrorregião Norte para a
 812 Região de Saúde de Irecê e Jacobina e ofertarão sabendo que terá essa continuidade do Tele Nordeste, pelo PROADI SUS,
 813 para o próximo ano, para a região Leste e demais regiões de saúde. Na região Norte já foi ofertado de forma complementar o
 814 Cuida APS, que é pelo Hospital alemão Oswaldo Cruz, todos os municípios fizeram adesão, o encerramento foi ontem, curso
 815 de capacitação para gestores e trabalhadores da saúde para o cuidado clínico ao hipertenso e ao diabético; - coordenação do
 816 cuidado e acompanhamento do diabético e hipertenso por equipes profissionais, equipes de Saúde da Família, equipe de
 817 saúde bucal, tinham colocado equipe multiprofissional porque o Ministério da Saúde tinha um NASF, com a volta da retomada
 818 das ações do governo federal voltaram as equipes e-Multi, então tinham preferido adotar equipe multiprofissional, porque pode
 819 mudar o nome, elas estão sendo credenciadas, saiu muito credenciamento pela Portaria 599, mas está acontecendo outros
 820 credenciamentos que estão saindo à medida que o Ministério está publicando; - coordenação do Cuidado e acompanhamento
 821 compartilhado com a Atenção Especializada de usuários de alto e muito alto risco que as equipes vão estratificar; -
 822 monitorização da pressão arterial para diagnóstico com acompanhamento é uma ação tem que ser feita pelas equipes e
 823 registrada no e-SUS, por conta do recebimento do pagamento por desempenho das equipes de saúde da família. -
 824 Atendimento às urgências relacionadas à DM e HAS, com foco na estabilização do usuário quando possível e/ou regulação
 825 para continuidade do cuidado no território, ou fora do território; - vacinação de acordo com o ciclo de vida e gênero e calendário
 826 vacinal vigente; - alimentação do SISAB com todas as ações realizadas, monitoramento contínuo do painel de indicadores e
 827 avaliação periódica dos resultados alcançados. Fez uma pequena observação em relação ao SISAB, ofertariam oficinas web,
 828 juntamente com o Ministério da Saúde, começaria pela Região Oeste no dia 29 e a região Sul no dia primeiro, para que os
 829 secretários de saúde encaminhem os técnicos do E-SUS, o técnico de informática para fazer a certificação digital para envio
 830 dos dados, sobretudo os dados de imunização para a Rede Nacional de dados a fim de que obtivessem ótimas coberturas,
 831 sabendo que todos aqui estão fazendo um excelente trabalho nos territórios; - dispensação de medicamentos recomendados
 832 pelas diretrizes clínicas e previstas na relação de dispensação obrigatória para tratamento da diabetes e hipertensão. -
 833 disponibilização nas UBS para urgências clínicas de DM e HAS com base na RENAME, RESME e REMUME; - inspeção
 834 sistemática dos pés do paciente portador de diabetes médicos mediante pesquisa de sensibilidade com orientação acerca dos
 835 calçados adequados e cuidados com os pés incluindo métodos de descarga. Não ter sala do pé diabético não é argumento que
 836 se utilize para dizer que não faz inspeção do pé, tem o consultório médico, tem o consultório de enfermagem, tem a sala de
 837 curativo, tem agente comunitário de saúde capacitado pela enfermeira, que é a responsável pela unidade de saúde, ela vai na
 838 casa da pessoa que não foi na unidade para ver seu pé, se tem rachadura, calo, fala para ir à unidade de saúde da família
 839 para o médico ou o enfermeiro examinar e ver como vai conduzir para isso não se agravar; - realização de curativos em
 840 pequenas lesões; - encaminhamento para avaliação multiprofissional na atenção especializada em casos de lesões em
 841 progressão ou infectadas; - adesão ao Telessaúde/telemedicina. Hoje dispunham para hipertensão, cento e oitenta e cinco
 842 municípios com Telediagnóstico em Cardiologia, com resultado pronto em 72 ou 24 horas e há uma intenção, por conta do
 843 PROSUS e da Agência Francesa de Desenvolvimento, de ter equipamentos para todos os outros municípios, então
 844 conseguiriam implementar para a atenção primária à saúde. E para o paciente de alto e muito alto risco, que já está
 845 estratificado, basta entrar no Telessaúde, vai em Teleconsultoria especializada e faz a teleconsultoria com intenção de
 846 encaminhamento para o CEDEBA ou para o CEPRED. Assim, dispunham hoje de tecnologia desenvolvida, para poderem dar
 847 esse suporte; - realização do exame eletrocardiograma que é telediagnóstico; - implantação do Prontuário Eletrônico do
 848 Cidadão (PEC). 99% dos nossos municípios estão utilizando prontuário e os que têm sistema próprio estão migrando para o
 849 PEC; - reabilitação para os casos crônicos em serviço municipal de fisioterapia ou equipe e-multi (APS) ou equipe mínima
 850 multidisciplinar de atendimento domiciliar (EMAD/EMAP); - ações de educação permanente voltadas para atualização e
 851 qualificação das ações e serviços e do cuidado à população de risco; - estabelecimento de fluxos assistenciais municipais
 852 definindo os componentes da rede, protocolos clínicos e critério de acesso pactuados;

853

854 **Princípios para organização da Rede de Atenção às Doenças**

855 **Crônicas**

856 VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária,

857 responsável e compartilhada;

858 IX - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

859 X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;

860 XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;

861 XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de

862 conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de

863 acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

864 XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com

865 Doenças Crônicas

866

867

868

869

Fonte: PORTARIA GM/MS Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014

853

854 **HAS e DM**

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

Suficiência Municipal

- Ações de promoção da saúde e prevenção da doença no âmbito da saúde coletiva/individuais voltadas para educação em saúde, alimentação e hábitos de vida saudável;
- Rastreamento, captação, confirmação diagnóstica, estratificação de risco (linguagem única na RAS) e acompanhamento de usuários com DM e HAS;
- Coordenação do cuidado e acompanhamento do diabético e hipertenso por equipe multiprofissional (eSF, eSF-SB e equipe multiprofissional), de acordo com ciclo de vida e gênero e roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas;
- Coordenação do cuidado e acompanhamento compartilhado com a Atenção Especializada dos usuários de alto e muito alto risco;
- Monitorização da pressão arterial para diagnóstico e/ou acompanhamento;
- Atendimento às urgências relacionadas à DM e à HAS, com foco na estabilização do usuário, quando possível, e/ou regulação para continuidade do cuidado no território ou fora do território;
- Vacinação de acordo com o ciclo de vida e gênero e calendário vacinal vigente;
- Alimentação do SISAB com todas as ações realizadas, monitoramento contínuo do painel de indicadores e avaliação periódica dos resultados alcançados;
- Dispensação de medicamentos recomendados pelas diretrizes clínicas e previstos na relação de medicamentos de dispensação obrigatória para o tratamento da DM e HAS;
- Disponibilização nas UBS de medicamentos para urgências clínicas da DM e HAS (RENAME, RESME e REMUME);
- Inspeção sistemática dos pés dos pacientes portadores de DM, mediante pesquisa de sensibilidade, com orientação a cerca de calçados adequados e cuidados com os pés, incluindo métodos de descarga;
- Realização de curativos em pequenas lesões;
- Encaminhamento para avaliação multiprofissional na atenção especializada em casos de lesões em progressão e/ou infectadas;
- Coleta de material biológico para exames laboratoriais, realizada preferencialmente nas UBS;
- Adesão ao Telessaúde/telemedicina;
- Realização do exame eletrocardiograma – Telediagnóstico;
- Implantação do prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);
- Reabilitação para os casos crônicos, em serviço municipal de fisioterapia ou Equipe e-multi (APS) ou Equipe mínima multidisciplinar de atendimento domiciliar – EMAD/EMAP ou Equipe de Reabilitação Domiciliar ERD (Melhor em Casa);
- Ações de Educação Permanente voltadas para atualização e qualificação das ações, serviços e do cuidado à população de risco;
- Estabelecimento de fluxos assistenciais municipais definindo os componentes da rede, protocolos clínicos e critério de acesso pactuados.

870 - consulta com cardiologia (presencial ou por telemedicina) para os pacientes portadores de HAS, estratificados como alto e
 871 muito alto risco; - consulta com endocrinologista (presencial ou por telemedicina), estratificados como alto e muito alto risco; -
 872 consultas médicas (presencial ou por telemedicina) nas especialidades de angiologia, nefrologia, cirurgia geral, oftalmologia,
 873 cirurgia vascular, ortopedia e obstetra de acordo com avaliação do cardiologista e do endocrinologista; - assistência
 874 farmacêutica do componente especializado; - vacinação de acordo com o ciclo de vida e gênero; - acompanhamento
 875 compartilhado das equipes da APS dos usuários de alto e muito alto risco, de acordo com os critérios pactuados. Tem uma
 876 clínica de Valença que consegue acompanhar os pacientes de alto e muito alto risco e é matriciadora para as equipes da
 877 atenção primária no cuidado no território, quando o paciente já retorna para sua residência e pelo seminário que foi feito aqui
 878 com as policlínicas tinham a possibilidade de expandir para outras mais; - acompanhamento dos usuários portadores de HAS e
 879 DM de alto e muito alto risco e/ou com comprometimento, por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, de acordo
 880 com ciclo de vida e gênero e roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas; - exames especializados:
 881 teste de esforço, MAPA, Holter, raio X de tórax, USG com doppler colorido, campimetria, fundoscopia; - exames de laboratório:
 882 Hemograma, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada (método HPLC), Colesterol total, HDL-c, LDL-c, Triglicérides, Potássio
 883 sérico, Creatinina plasmática e cálculo da TFG, análise da urina (exame de elementos e sedimentos anormais da urina – EAS),
 884 relação albumina/creatinina em amostra isolada da urina, Vitamina D-25(OH)D⁺, TSH, TGO/TGP/gama GT[±], Vitamina B12; -
 885 realizar curativos especializados e desbridamentos em casos específicos. Falou da experiência exitosa da Policlínica de
 886 Itabuna, que tem feito essa interface com a atenção primária e está tendo bons resultados; - interações decorrentes de
 887 intercorrências clínicas e complicações do DM e HAS, com capacidade para estabilização do usuário; - transição do cuidado
 888 para a ESF após atendimento e/ou alta hospitalar; - prontuário eletrônico integrado à Atenção Primária, Serviços de Urgência e
 889 Emergência e rede Hospitalar; - estabelecimento de fluxos assistenciais definindo os componentes da rede, protocolos clínicos
 890 e critérios de acesso pactuados. No slide seguinte os seguimentos do cuidado, ressaltando que os pacientes classificados com
 891 alto e muito alto risco podem evoluir para lesão de órgãos alvo, nesses casos serão encaminhados para acompanhamento nas
 892 respectivas linhas de cuidado, a saber: doença renal crônica; feridas complexas e pé diabético; vasculopatias periféricas e
 893 neuropatias diabéticas; retinopatia diabética e glaucoma; infarto agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral, entre outras.

894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914

HAS e DM

Suficiência
Regional

- ✓ Consulta com cardiologista (presencial ou por telemedicina) para os pacientes portadores de HAS, estratificados como alto e muito alto risco;
- ✓ Consulta com endocrinologista (presencial ou por telemedicina) para os pacientes portadores de DM, estratificados como alto e muito alto risco;
- ✓ Consultas médicas (presencial ou por telemedicina) nas especialidades de angiologia, nefrologia, cirurgia geral, oftalmologia, cirurgia vascular, ortopedia e obstetra (GAR), de acordo com a avaliação do cardiologista e do endocrinologista;
- ✓ Assistência farmacêutica do componente especializado;
- ✓ Vacinação de acordo com o ciclo de vida e gênero e calendário vacinal vigente e imunobiológicos especiais, quando necessário;
- ✓ Acompanhamento compartilhado com as equipes da APS dos usuários de alto e muito alto risco, de acordo com os critérios pactuados;
- ✓ Acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco e/ou com comprometimento, por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, de acordo com ciclo de vida e gênero e roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas;
- ✓ Exames especializados: teste de esforço, MAPA, Holter, raio X de tórax, USG com doppler colorido, campimetria, fundoscopia;
- ✓ Exames de laboratório: Hemograma, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada (método HPLC), Colesterol total, HDL-c, LDL-c, Triglicérides, Potássio sérico, Creatinina plasmática e cálculo da TFG, análise da urina (exame de elementos e sedimentos anormais da urina – EAS), relação albumina/creatinina em amostra isolada da urina, Vitamina D-25(OH)D⁺, TSH, TGO/TGP/gama GT[±], Vitamina B12;
- ✓ Realizar curativos especializados e desbridamentos em casos específicos;
- ✓ Interações decorrentes de intercorrências clínicas e complicações do DM e HAS, com capacidade para estabilização do usuário;
- ✓ Transição do cuidado para a ESF após atendimento e/ou alta hospitalar;
- ✓ Prontuário eletrônico integrado à Atenção Primária, Serviços de Urgência e Emergência e rede Hospitalar;
- ✓ Estabelecimento de fluxos assistenciais definindo os componentes da rede, protocolos clínicos e critérios de acesso pactuados.

Seguimento do cuidado

Paciente classificados como alto e muito alto risco podem evoluir para lesão de órgãos alvo, nesses casos serão encaminhados para acompanhamento nas respectivas linhas de cuidado, a saber:

- Doença Renal Crônica;
- Feridas complexas e pé diabético;
- Vasculopatias periféricas e neuropatias diabéticas;
- Retinopatia diabética e glaucoma.

915 Finalizou relatando que os próximos passos é a instituição do GT Câmara Técnica, para discutir os protocolos e diretrizes
 916 clínicas de acompanhamento dos portadores de HAS e DM e identificar necessidade de segmento portadores de HAS e DM de
 917 alto e muito alto risco com lesão de órgão alvo nas linhas do cuidado. Após a apresentação, a **Coordenadora** colocou em
 918 votação o Modelo para a Organização da Rede Macrorregional de Atenção à Saúde da Bahia – prioridade sanitária de
 919 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e **houve consenso**. **Nanci Salles** lembrou que é importante identificar, tanto pelo
 920 COSEMS como pelo Estado, a representação para a Câmara Técnica que dará continuidade à discussão dos protocolos e a
 921 organização das oficinas que seguirão. **Stela Souza** respondeu que o COSEMS informará oficialmente e solicitou que
 922 repetissem os nomes de todos os municípios para os quais o incremento de teto foi autorizado, para ficar registrado. **Nanci**
 923 **Salles** informou que foram os municípios Morro do Chapéu, Laje, Luís Eduardo Magalhães, Ibotirama, Sítio do Mato, Caetitê e
 924 Ituberá, os demais precisam fazer ajuste no plano ou enviar o restante da documentação; os que ficaram para ajustar pela
 925 resolução nova e serão publicados em *ad referendum*, são: Riacho de Santana, Matina e Gandu; os municípios Formosa do
 926 Rio Preto, Medeiros Neto e Maracás precisam fazer ajuste na documentação e assim que avaliados pela área técnica, se
 927 aprovados, deverão sair em *ad referendum* e, se não aprovados, a área técnica recomendará as correções no plano para
 928 poderem fazer também na sequência a aprovação com publicação de resolução *ad referendum*. **Rivia Barros**,
 929 **Superintendente da SUVISA e Membro da CIB**, lembrou o repasse da segunda parcela do recurso de microplanejamento, da
 930 Portaria 844, como uma coisa importante, que é até o dia 30, se algum município tiver alguma dificuldade em fazer os ajustes
 931 para receber a segunda parcela pode procurar a DIVEP. **Stela Souza** disse que o COSEMS também já encaminhou para todos
 932 os municípios e estão cobrando, mas é importante registrar aqui que só receberá os 40% o que preencher aquelas informações
 933 que estão sendo solicitadas, para depois não reclamarem que não receberam, todos já sabem o prazo, até o dia 30, os
 934 apoiadores do COSEMS já passaram essa informação para 100% dos municípios. Dando continuidade, **Nanci Salles**,
 935 **Secretária Executiva da CIB**, efetuou a leitura das **Resoluções ad referendum**.
 936

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
507/2023	09/11/2023	Aprova ad referendum a solicitação ao Ministério da Saúde (MS) da incorporação de recurso financeiro para o teto financeiro federal de Média e Alta Complexidade (MAC), população própria, do Município Cabaceiras do Paraguaçu, gestão municipal.
539/2023	13/11/2023	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).
540/2023	13/11/2023	Aprova ad referendum o cronograma das oficinas macrorregionais da Modelagem da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do estado da Bahia.
546/2023	17/11/2023	Aprova o Projeto Técnico para implantação (ou qualificação) do serviço para pacientes com necessidade de transporte em decúbito horizontal sem risco (Ambulância Tipo A), do Município Itajuípe.
550/2023	23/11/2023	Aprova ad referendum a solicitação ao Ministério da Saúde de incremento de recurso financeiro para o teto financeiro federal de Média e Alta Complexidade (MAC), população própria do município de Ouriçangas.

937 Após a leitura a **Coordenadora** submeteu aos membros a ratificação das Resoluções Ad Referendum, como não houve
938 nenhuma manifestação, foram **aprovadas à unanimidade. Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados
939 para **Informes: 1. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 1.1 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE –**
940 **SAIS/DGC/GASEC/COSEMS: 1.1.2 Cenário atual das PICS na Bahia - Liliane Mascarenhas, Diretora da DGC,**
941 cumprimentou a todos, relatando que estava trazendo a Política Estadual da Práticas Integrativas Complementares em Saúde
942 do Estado da Bahia para mostrar o cenário atual. Iniciou a apresentação em *slides*, observando um percentual muito pequeno
943 dos municípios que estão fazendo adesão, incluindo as práticas no seu cuidado e as práticas podem estar sendo incluídas na
944 atenção básica, nos CAPS, nos hospitais, toda a rede de saúde pode estar aderindo às práticas complementares. Informou
945 que essa é uma ação conjunta com a SAFTEC e as práticas integrativas vão desde a Yoga, Auriculoterapia, Homeopatia, entre
946 outras, muitas vezes se busca no particular e o SUS oferece, então é importante a oferta pelo SUS. Mostrou no *slide* abaixo
947 que no inquérito realizado em 2022 duzentos e vinte e três municípios responderam, 21% dos municípios vêm ofertando isso
948 no seu território por meio dos equipamentos, atenção primária, CAPS, CER, por isso é importante colocarem essa prática no
949 rol de atividade nas unidades. Informou ainda que em janeiro lançariam aqui a proposta, já estavam fazendo novamente esse
950 levantamento, observando esse cenário, inclusive já teve algumas amostras inclusive do COSEMS, em que se identificou
951 algumas dessas práticas sendo utilizadas e o quanto são importantes no cuidado integral às pessoas em seu território. Então
952 estavam trazendo aqui como informe, ressaltando a Política Estadual e como é importante todos fazerem adesão a essa
953 política.

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Área Técnica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (ATPICS)
Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC)
Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Inquérito respondido por 223 municípios do estado sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

21,09% dos municípios que responderam a pesquisa, ofertam PICS no seu território.

Unidades de saúde que mais ofertam PICS no município são:
1º Atenção Primária;
2º CAPS;
3º Centros Especializados de Reabilitação

Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia

966 **2. SUPERINTENDÊNCIA ESTADUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: NANCI SALLES. 2.1 Entrega de 47 ambulâncias do**
967 **SAMU 192 para os municípios contemplados da Bahia – solicitação de apresentação de documentos para o e-mail**
968 **sems.ba@saude.gov.br.** Ambulâncias a serem entregues em 27/11: pela manhã - 35 ambulâncias, em Salvador – Jardim dos
969 Namorados, a partir das 10h. À tarde - 12 ambulâncias, em Vitória da Conquista. Foram questionados por uma gestora os
970 critérios para a entrega da primeira 'leva' de ambulâncias: a expansão de frotas e resolver situações residuais que estão fora
971 dos critérios. Foi discutido e decidido no COSEMS (com presença de representante do MS) de atenderem todos os municípios
972 que solicitaram a renovação da frota e verem lista dos que estão em 1º, 2º e 3º lugar nas listas para serem contemplados.
973 Dando seguimento, a **Coordenadora** passou a palavra para **Nanci Salles** efetuar a leitura dos expedientes encaminhados
974 para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON:**
975 **1.1 Credenciamento/Habilitação: 1.1.1 Aprovar a solicitação de habilitação da Unidade de Assistência de Alta**
976 **Complexidade em Oncologia – UNACON com serviço de Radioterapia e Serviço de Hematologia do Hospital Regional**
977 **de Juazeiro, em gestão estadual, no âmbito da Rede de Atenção ao Câncer do Estado da Bahia, no Município**
978 **Juazeiro/Ba.**

HABILITAR GESTÃO ESTADUAL					
ESTABELECIMENTO	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO	ABRANGÊNCIA
Hospital Regional de Juazeiro	13.937.131/0075-88	4028155	Juazeiro	17.07 UNACON com Serviço de Radioterapia 17.08 UNACON com Serviço de Hematologia	Macrorregião Norte

979 1.1.2 Aprovar a habilitação do Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras (Eixo I) – Erros Inatos do
 980 Metabolismo do Hospital Especializado Octávio Mangabeira, no município Salvador/Ba, em gestão estadual.

HABILITAR				
GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Hospital Especializado Octávio Mangabeira	13.937.131/0015-47	0004065	Salvador	Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras (Eixo I) – Erros Inatos do Metabolismo (código de serviço 167, código de classificação 001 e código de habilitação 35.03)

981 1.1.3 Aprovar a solicitação de habilitação do Instituto Doutor Brancildes com Serviço de Atenção Especializada em
 982 DRC com Hemodiálise, Serviço de Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal e Serviço de Atenção
 983 Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico, no Município Barreiras/Ba, em gestão estadual.

HABILITAR				
GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Instituto Doutor Brancildes	23.349.388/0001-36	9141820	Barreiras	Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (código 15.04), Serviço de Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (código 15.05) e Serviço de Atenção Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico (código 15.06)

984 1.1.4 Aprovar a reclassificação da habilitação de 05 leitos de UTI Adulto Tipo II para UTI Adulto Tipo III no Hospital
 985 Universitário Professor Edgard Santos, no Município Salvador/Ba, sob gestão estadual.

HABILITAR				
GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	Município	HABILITAÇÃO
Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES	15.180.714/0002-87	0003816	Salvador	Reclassificação de habilitação 05 leitos de UTI Adulto, Tipo III.

986 1.1.5 Aprovar a habilitação da Clínica de Hemodiálise de Seabra com o Serviço de Atenção Especializada em DRC com
 987 Hemodiálise – código 15.04 e Serviço de Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal – código 15.05 e
 988 Serviço de Atenção Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – código 15.06, no Município Seabra/Ba, em
 989 gestão estadual. Observação: Reapresentado devido ao reajuste do Impacto Financeiro.

HABILITAR				
GESTÃO ESTADUAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Clínica de Hemodiálise de Seabra	30.861.395/0001-88	2988216	Seabra	Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise - código 15.04; e Serviço de Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal - código 15.05 e Serviço de Atenção Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – código 15.06

990 1.1.6 Aprovar a ampliação de habilitação do Hospital Calixto Midlej Filho com o Serviço de Atenção Ambulatorial
 991 Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico, no Município Itabuna/Ba, em gestão municipal.

HABILITAR				
GESTÃO MUNICIPAL				
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Hospital Calixto Midlej Filho	14.349.740/0002-23	2772280	Itabuna	Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – código 15.06

992 1.1.7 Aprovar solicitação de HABILITAÇÃO do Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões
 993 Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), do Centro de Especialidades no Município Conceição do Jacuípe/Ba,
 994 em gestão municipal.

HABILITAR					
GESTÃO MUNICIPAL					
UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	PORTE POPULACIONAL	CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA HABILITAÇÃO
Centro de Especialidade de Conceição do Jacuípe	11.322.978/0001-96	7442173	Conceição do Jacuípe	Até 49.999 habitantes	17.19 - Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC) - Tipo I

995 1.1.8 Aprovar a solicitação de habilitação do Ambulatório Docente e Assistencial da Bahiana (ADAB), como Serviço de
 996 Atenção Especializada em Doenças Raras para atendimento de Distrofias Musculares, Esclerose Lateral Amiotrófica,
 997 Atrofia Muscular Espinhal, Polineuropatia Amiloidótica, Familiar e Doenças Raras associadas ao HTLV-1 (Mielopatia
 998 associada ao HTLV/Paraparesia Espástica tropical), em gestão municipal, no Município Salvador/Ba.

HABILITAR					
GESTÃO MUNICIPAL					

ESTABELECIMENTO	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO	HABILITAÇÃO
Ambulatório Docente e Assistencial da Bahiana (ADAB)	13.927.934/0001-15	2384779	Salvador	Código 35.01-Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras – Eixo I – Doença Rara de Origem genética: 1 – Anomalias Congênitas ou de manifestação tardia.
				Doenças: Distrofias Musculares, Polineuropatia Amiloidótica Familiar, Atrofia Muscular Espinhal
				Código 35.04 - Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras – Eixo II – Doenças Raras de Origem não genética: 1 – Doenças Raras Inflamatórias
				Doença: Esclerose Lateral Amiotrófica
				Código 35.05 – Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras – Eixo II – Doenças Raras de Origem não genética: 2 – Doenças Raras Infecciosas
				Doença: Mielopatia por HTLV1
Código 35.06 – Serviço de Atenção Especializada em Doenças Raras – Eixo II – Doenças Raras de Origem não genética: 3 – Doenças Raras Autoimunes				
Doença: Miastenia Gravis				

999

2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC: 2.1 Credenciamento/Habilitação:

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Serra do Ramalho	Hospital Municipal Gilvan Wanderley de Farias	4032497	16.417.784.0001-98	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia

1000 **3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SESAB/SUVISA/DIVPEP: 3.1 Plano de Arbovíroses;**
1001 **3.2 Plano de Esporotricose. 4. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 4.1 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À**
1002 **SAÚDE – SAIS/DAE: 4.1.1 Linha do Cuidado às Pessoas Vivendo com o Vírus HTLV da Região de Valença; 4.1.2**
1003 **Aprovação do Detalhamento Técnico do Município Dom Macedo Costa. A Coordenadora submeteu aos membros a**
1004 **aprovação dos pontos encaminhados para homologação, como não houve nenhuma manifestação, foram aprovados à**
1005 **unanimidade. Stela Souza lembrou que, conforme avisado anteriormente, teria que se ausentar às 16:30, mas ficariam outros**
1006 **membros do COSEMS, lembrando que não poderia sair mais ninguém para não comprometer o quórum. Dando seguimento,**
1007 **passou para os pontos de Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE –**
1008 **SESAB/SUVISA/CIEVS: 1.1 Plano Estadual Multirrisco Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública no**
1009 **Estado da Bahia: Desastres Naturais e Tecnológicos - Jayelen Alves, Técnica do CIEVS, cumprimentou a todos e iniciou**
1010 **a apresentação em slides, colocando que o Plano Multirrisco é um plano macro que evidencia as multiameaças que acontecem**
1011 **no Estado relacionados aos desastres naturais e tecnológicos, inclusive costumam dizer que é um plano guarda-chuva, porque**
1012 **a partir dele outros planos como os de contingências e de ação são elaborados pelos municípios e seus territórios.**



1024 Trata-se de um plano elaborado pela Vigilância em Saúde composto pelas diretorias da Saúde do Trabalhador, Saúde
1025 Ambiental, Sanitária, LACEN, Vigilância Epidemiológica e o CIEVS e esse plano tem a premissa de ser um documento
1026 norteador principalmente para os profissionais de saúde que atuam diretamente nos desastres, bem como fornecer uma
1027 análise do cenário de risco diante desses desastres que vem acometendo estado nos últimos anos. O Plano visa a redução
1028 dos potenciais das situações de desastres no Estado e é baseado e pautado na gestão do risco de desastre onde as ações
1029 são subdivididas nas fases de preparação, manejo e resposta, e recuperação, onde cada diretoria aplicou as suas ações diante
1030 de cada fase. Além disso espera-se que com esse Plano a capacidade de resposta do estado do possa ser aumentada possa
1031 dar uma resposta oportuna diante de todos os eventos que vem acontecendo. Mostrou no slide abaixo o objetivo geral do
1032 Plano Multirrisco – estabelecer diretrizes para organização da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e em suas diversas
1033 instâncias de gestão, por meio da Vigilância em Saúde, nas fases de preparação, monitoramento, resposta e reestruturação
1034 das emergências em saúde pública decorrentes de desastres naturais e/ou tecnológicos. No outro slide, o sumário do Plano,
1035 que é estruturado por introdução, objetivos, caracterização geral, organização do setor saúde para resposta nas situações de
1036 desastres, estruturação do Comitê Operacional de Emergência (COE), Matriz de Responsabilidade que define as ações de
1037 cada ator envolvido na resposta aos desastres; a contextualização dos potenciais impactos que os desastres acometem a
1038 saúde da população onde é exposto também a vulnerabilidade Social e Ambiental do Estado, ações de Educação Permanente
1039 em Saúde, as ações que são definidas a partir da gestão do risco, bem como o processo de desmobilização das equipes de
1040 saúde nos territórios quando acontece esses desastres. O Plano foi baseado em referências e possui os apêndices que são os
1041 documentos norteadores que são utilizados durante os eventos.

1042

1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097
1098
1099
1100
1101
1102
1103
1104
1105
1106
1107
1108

Objetivo Geral



Estabelecer diretrizes para organização da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e em suas diversas instâncias de gestão, por meio da Vigilância em Saúde, nas fases de preparação, monitoramento, resposta e reestruturação das emergências em saúde pública decorrentes de desastres naturais e/ou tecnológicos.

Sumário



1. Introdução
2. Objetivos
3. Caracterização Geral
4. Organização do Setor Saúde para Resposta na Situação de Desastres
5. Estruturação do Comitê Operacional de Emergência (COE)
6. Matriz de Responsabilidades
7. Desastres Naturais e Tecnológicos: Efeitos e Potenciais Impactos à Saúde da População
8. Vulnerabilidade Social e Ambiental
9. Educação Permanente em Saúde

Sumário




10. Gestão do Risco (Redução do Risco, Manejo e Recuperação)
11. Desmobilização das Equipes de Saúde nos Territórios
12. Referências
13. Apêndices

Link de Acesso



<https://online.fliphtml5.com/mxlfq/yynz/>

Informou que são cento e dezessete páginas, da introdução até a fase de ações na gestão do risco e espera-se com esse Plano que os profissionais de saúde possam atuar de forma oportuna diante dos desastres que vem acometendo o Estado, sejam para desastres hidrológicos e climatológicos, bem como o estado possa ampliar sua capacidade de resposta. Finalizou colocando a necessidade de homologação do Plano na CIB para poderem fazer a publicização na página da SUVISA. **Riviva Barros** informou que nos dias 6 e 7 a OPAS e o Ministério da Saúde estarão aqui fazendo um simulado no dia 6 à tarde e no dia 7 farão toda uma revisão, já para utilização desse plano esse ano - dezembro, janeiro, fevereiro até março - pois tem muita previsão de seca, queimadas e altas temperaturas, então, precisa homologar para divulgar e trabalhar nele e já ir treinando nossas equipes, as equipes de todos os Núcleos para que eles possam também treinar os municípios que quiserem fazer seus planos. A **Coordenadora** agradeceu a Jayelen Alves pela apresentação, observando que estava na pauta como apresentação, mas seria necessário colocar para apreciação e aprovação para que possa publicar uma resolução e ter maior visibilidade. **Houve Consenso.** Dando seguimento, passou para os próximos ponto de **Apresentação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE - SAFTEC: 2.1 Atualização de Registro de Preços Compartilhado; 2.2 Prestação de contas da execução financeira estadual e municipal do Componente Básico, período janeiro a outubro de 2023 - Luiz Henrique D'Utra, Superintendente da SAFTEC e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e anunciou que ontem houve um chamamento público pelo Ministério da Saúde, nº 1927, para o período de 22 a 12 de dezembro, para apresentação de projetos dos municípios de IDHM baixo e médio para o QUALIFARSUS, aquele programa de financiamento da qualificação da Assistência Farmacêutica. Explicou que faria primeiramente a apresentação da execução financeira do componente básico, que foi um pedido do COSEMS na última reunião, para atualizar sobre a execução. Iniciou a apresentação em *slides* mostrando que hoje tem cento e vinte e oito milhões de reais que estão sob execução dos municípios, os recursos federal, municipal e os oito municípios que solicitaram o valor da contrapartida estadual. Então dispunham hoje de 78% do recurso da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica na execução municipal e trinta e seis milhões, 22%, sob execução estadual, um total de cento e sessenta e quatro milhões dos medicamentos do componente básico.



PRESTAÇÃO DE CONTAS DA EXECUÇÃO FINANCEIRA ESTADUAL E MUNICIPAL (JAN - OUT 2023)

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Luiz Henrique d'Utra
Superintendente de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde
SAFTEC

CIB - 23/11/2023

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

EXECUÇÃO DO FINANCIAMENTO 2023

GESTÃO	FUNTE	VALOR (R\$)	
MUNICIPAL	Federal	90.650.161,70	78%
	Municipal	36.794.696,28	
	Estadual	724.354,80	
	Total	128.169.212,78	
ESTADUAL	Estadual	36.070.341,48	22%

TOTAL CBAF / BA: R\$ 164,24 milhões

Mostrou nos *slides* abaixo o número de municípios atendidos trimestralmente pela CEFARBA, a Assistência Farmacêutica do Estado, 97% no primeiro, 95% no segundo e no terceiro, e agora, no quarto quadrimestre, que começou mês passado, estavam com 45%, porque os municípios são atendidos trimestralmente, então outubro já tinham atendido 45% do trimestre. Os municípios que não retiraram na CEFARBA por trimestre os medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica, teve

doze municípios no primeiro trimestre, quatorze no segundo e quatorze no terceiro trimestre que não retiraram medicamentos que o estado fornece dentro dos 25%, que é a contrapartida Estadual.

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
REPASSES FINANCEIROS DO FESBA PARA OS FUNDOS MUNICIPAIS, CBAF ESTADUAL 2023			
CBAF ESTADUAL 2023	PREVISTO (R\$)	REALIZADO (R\$) (até outubro - 10 parcelas)	
Exercício 2023	724.354,80	603.628,90	+(83%) do previsto
Dívida 2015-2022	11.822,05	11.822,05	

8 Municípios recebem a contrapartida estadual fundo a fundo, por meio de parcelas mensais:

Abaré / Almadina / Barreiras / Irapá / Jeremoabo / Sebastião Laranjeiras / Una / Urandi

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				
Nº DE MUNICÍPIOS ATENDIDOS TRIMESTRALMENTE PELA CEFARBA COM MEDICAMENTOS E INSUMOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM 2023				
Atendimento	1º trim	2º trim	3º trim	4º trim
Meta	409	409	409	409
Realizado	397 (97%)	395 (95%)	395 (95%)	186 (45%)

Falando de execução da contrapartida sob gestão municipal, os cento e trinta e seis milhões que tinha falado, teve 175 municípios que executaram 100% ou mais da contrapartida e pegando aí mais cerca de 50 municípios que executaram entre 76 e 99, os demais municípios de 51 a 75, 95 municípios de 1 a 50%, a linha de baixo da planilha e 45 municípios com zero de execução do ano na assistência farmacêutica. Comentou que, se Stela Souza estivesse presente, ela lembraria que isso é responsabilidade do gestor, é o CPF do gestor que será cobrado sobre essa execução, porque estava falando principalmente sobre os 50% do recurso federal, os 25% do recurso municipal e nos municípios que estão também com recurso estadual em mãos, então tem muitos municípios com uma baixa execução ou com não prestações de contas. A **Coordenadora** questionou se isso pode ser atualização de sistema e **Luiz Henrique** respondeu que não, isso pode ser não prestação de conta no sistema SIGAF, assim como alguns municípios que estão acima de 100%, também erro de prestação de conta que alguns municípios percebiam que estavam cadastrando as notas que pegou do Estado como sendo execução municipal e isso cabe auditoria e a eles faziam ajustes e pediam correção.

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
MUNICÍPIOS POR TRIMESTRE/2023 QUE NÃO RETIRARAM NA CEFARBA MEDICAMENTOS E INSUMOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA			
Trimestre	1º	2º	3º
Nº de Municípios	12	14	14

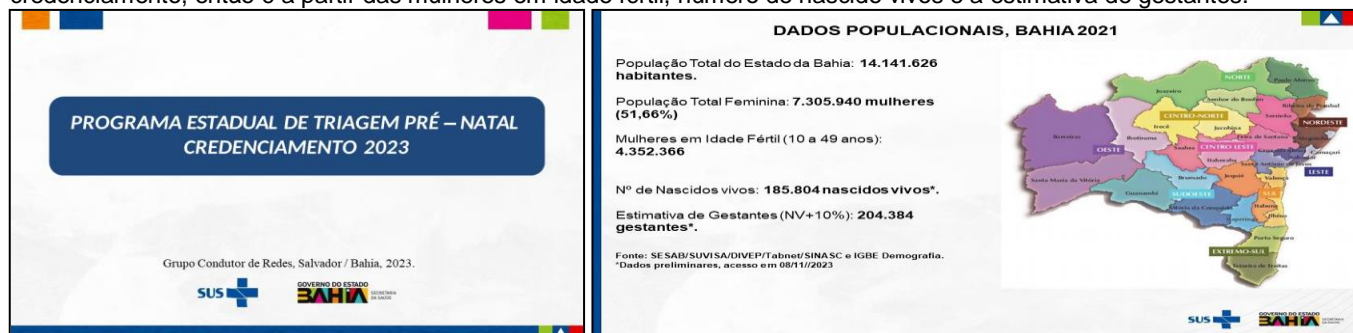


No slide seguinte os municípios que tiram medicamento com o estado, os 12 municípios que não retiraram estão com a retirada baixa e têm, então, o de 50 a 70%, até 100%, os demais municípios(?). Isso é o pedido que o município faz ao estado e faz a retirada na CEFARBA.



Sobre o RP compartilhado relatou que os dados com relação à execução do RP compartilhado continuam os mesmos apresentados na CIB passada, do ponto de vista de adesão, o que valia a pena referir e foi divulgado hoje nos grupos de CIR, no grupo da CIB e no GT de Assistência Farmacêutica é que o planejamento para os municípios que aderiram ou que querem aderir ao projeto começou em outubro e vai até início de janeiro, então é fundamental que os municípios façam planejamento no SIMPAS, o card que será divulgado tem toda orientação para o município fazer isso, links para os documentos e para os sistemas que o município precisa fazer, então o planejamento foi aberto em 23 de outubro e fechará em 23 de janeiro, o município que não faz planejamento não pode entrar nas licitações que o Estado realiza, porque é com base nesse planejamento que é registrada a demanda de cada medicamento do município e cada licitação sai com base nesse planejamento realizado. Finalizou colocando que sobre o RP Compartilhado agora é essa a luta, porque até então apenas 75 municípios fizeram planejamento, é claro que está na época do planejamento, antontem tinham feito uma capacitação e vieram muitos farmacêuticos interior, foram capacitados oitenta pessoas no auditório do TCM, alguns secretários inclusive, mas a equipe estaria aberta para realizar treinamento para novos farmacêuticos, farmacêutico que vai fazer planejamento e ainda não sabe, lembrando que se não fizer o planejamento nesse momento não entrará nas novas licitações. A **Coordenadora** agradeceu a Luiz Henrique pela apresentação e, dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Apresentação: 3. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 3.1 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS/DGC/GASEC/COSEMS: 3.1.1 Programa Estadual de Triagem Pré-natal - papel filtro - Liliane Mascarenhas**

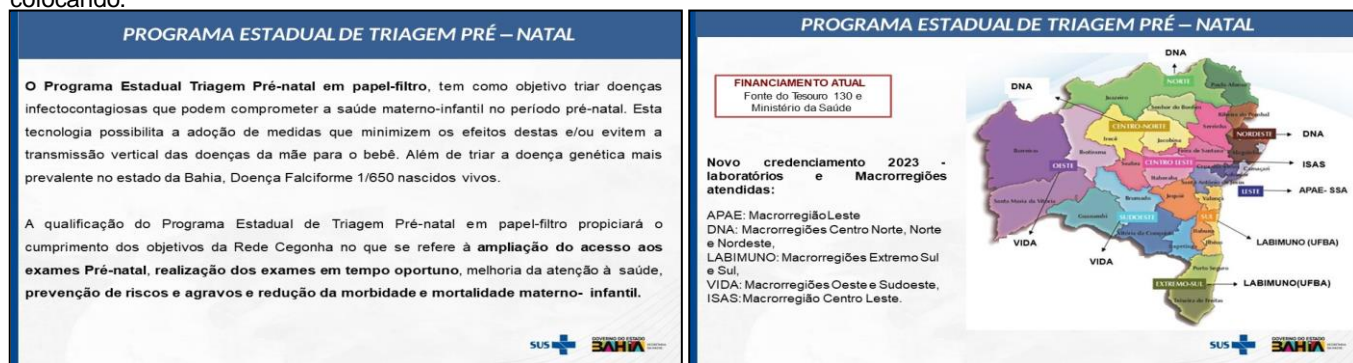
informou que é um programa que já foi instituído no estado, com a publicação da Rede Cegonha, a partir de um estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva, por compreenderem ser uma estratégia para capilarizar a realização dos exames, como triar doenças infectocontagiosas que podem comprometer a saúde materno-infantil no período pré-natal e agora estavam renovando esse credenciamento, em uma ação conjunta SAIS/DGC/DAB e SUREGS. Iniciou a apresentação dos slides mostrando o cenário do programa hoje, através do credenciamento 2023. Mostrou no slide abaixo, em relação aos dados, como se faz a distribuição, a partir de que elementos para distribuir, quais os laboratórios a partir dos quais pleiteiam credenciamento, então é a partir das mulheres em idade fértil, número de nascido vivos e a estimativa de gestantes.



Relatou que a partir disso é feita essa análise por cada macrorregião de saúde, essa estimativa de gestantes e o número de nascidos vivos mais 10%, a partir desse número estimado é feita a distribuição. Lembrou que desde 2012, com a publicação da resolução CIB aprovando os recursos destinados à realização dos novos exames do pré-natal que eram repassados aos municípios e pactuado aqui em CIB que, retornariam para o Estado, até porque até hoje o montante do recurso é insignificante, tanto é que este programa é bancado basicamente pelo governo do estado e teve uma série de portarias publicadas. Visa o acesso a esses exames e resultados de pré-natal em tempo oportuno, é uma triagem, bom lembrar que não é exame de diagnóstico, agiliza o uso da técnica da coleta do sangue em papel filtro e com economia de escala, então tem uma grande capilaridade, os municípios sempre preocupados com o movimento que o estado possa fazer, de não dar continuidade, então permaneciam com o programa, reconhecendo a sua importância. O credenciamento ocorreu mediante a Portaria SESAB nº 014, de 17 de janeiro de 2023 e vem nesse processo da realização e esse credenciamento findou agora com laboratórios.



Retomou quais são os exames que são viabilizados que, além da doença genética mais prevalente, também inclui a doença falciforme, prevenção de risco, agravo, redução da mortalidade. O financiamento atual é da fonte do tesouro 130, 99% é recurso do governo do estado e tem um repasse do Ministério da Saúde e estão aguardando a portaria relacionada a materno infantil que esperavam que fosse agregado algum recurso para este programa, para somar com o que o estado vem colocando.



Então, no novo credenciamento 2023, a relação dos laboratórios que estão participando desse credenciamento e distribuição por macrorregião. A APAE, que ficará com a macrorregião Leste, o DNA com as macrorregiões Centro-Norte, Norte e Nordeste, o LABMUNO com as macrorregiões Extremo-Sul e Sul, o Laboratório VIDA com as macrorregiões Oeste e Sudoeste e o ISAS com a macrorregião Centro-Leste. A SUREGS, DAB e DGC farão uma ação com os laboratórios por macrorregião, para dialogarem com os municípios, lembrando o fluxo para garantir a realização efetiva dos exames para a gestante. Mostrou nos slides abaixo primeiramente o elenco de exames que estavam ofertando a partir do exame papel filtro e alguns exames que já são realizados dentro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. No outro slide apresentou os contatos de todos os laboratórios do ponto focal e finalizou afirmando mais uma vez que estariam fazendo, a partir da próxima semana,

essa ação conjunta, macrorregião com laboratório, SUREGS, DAB e DGC para garantir efetivamente esse fluxo e o acesso dessas gestantes aos exames da triagem do pré-natal.


PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM PRÉ – NATAL		PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM PRÉ – NATAL Referências dos laboratórios:																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TODAS GESTANTES – 100%</th> <th>PARÂMETRO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toxoplasmose (IgG)</td> <td>2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)</td> </tr> <tr> <td>Toxoplasmose (IgM)</td> <td>2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)</td> </tr> <tr> <td>HTLV I e II</td> <td>2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)</td> </tr> <tr> <td>Citomegalovírus (IgM)</td> <td>2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)</td> </tr> <tr> <td>Citomegalovírus (IgG)</td> <td>2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)</td> </tr> <tr> <td>Eletroforese de Hemoglobina</td> <td>1 exame / gestante</td> </tr> <tr> <td>Doenças Tireoidianas - TSH</td> <td>1 exame / gestante</td> </tr> <tr> <td>Doenças Tireoidianas - T4</td> <td>1 exame / gestante</td> </tr> </tbody> </table>		TODAS GESTANTES – 100%	PARÂMETRO	Toxoplasmose (IgG)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)	Toxoplasmose (IgM)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)	HTLV I e II	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)	Citomegalovírus (IgM)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)	Citomegalovírus (IgG)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)	Eletroforese de Hemoglobina	1 exame / gestante	Doenças Tireoidianas - TSH	1 exame / gestante	Doenças Tireoidianas - T4	1 exame / gestante	<table border="1"> <thead> <tr> <th>LABORATÓRIO</th> <th>REFERÊNCIA TÉCNICA</th> <th>E-mail</th> <th>TELEFONE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>APAE</td> <td>Fernanda do Rosário Alves</td> <td>fernanda_alves@apaesalvador.org.br</td> <td>71 3270 8324</td> </tr> <tr> <td>DNA</td> <td>Adriel Ferreira da Silva e Lorena Assunção de Souza</td> <td>adriel.silva@dhaogenetica.com.br lorena.souza@dhaogenetica.com.br redesocorria@dhaogenetica.com.br</td> <td>71 3032 7135</td> </tr> <tr> <td>LABIMUNO</td> <td>Rafaela Exaltação</td> <td>tnagemprenatal@hufba.br</td> <td>71 9 9966 9013</td> </tr> <tr> <td>VIDA</td> <td>Renato Álvaro Genaro</td> <td>genaro@vida.bio.br</td> <td>71 9 9906 7867</td> </tr> <tr> <td>ISAS</td> <td>Antônio Maurício Porto e Louise Seixas</td> <td>setor.lec@isas.gov.br louise.silva@isas.org.br</td> <td>75 9 9849 0484 75 9 9848 9966</td> </tr> </tbody> </table>	LABORATÓRIO	REFERÊNCIA TÉCNICA	E-mail	TELEFONE	APAE	Fernanda do Rosário Alves	fernanda_alves@apaesalvador.org.br	71 3270 8324	DNA	Adriel Ferreira da Silva e Lorena Assunção de Souza	adriel.silva@dhaogenetica.com.br lorena.souza@dhaogenetica.com.br redesocorria@dhaogenetica.com.br	71 3032 7135	LABIMUNO	Rafaela Exaltação	tnagemprenatal@hufba.br	71 9 9966 9013	VIDA	Renato Álvaro Genaro	genaro@vida.bio.br	71 9 9906 7867	ISAS	Antônio Maurício Porto e Louise Seixas	setor.lec@isas.gov.br louise.silva@isas.org.br	75 9 9849 0484 75 9 9848 9966
TODAS GESTANTES – 100%	PARÂMETRO																																											
Toxoplasmose (IgG)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)																																											
Toxoplasmose (IgM)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)																																											
HTLV I e II	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)																																											
Citomegalovírus (IgM)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)																																											
Citomegalovírus (IgG)	2 exames / gestante (1º e 3º trimestre)																																											
Eletroforese de Hemoglobina	1 exame / gestante																																											
Doenças Tireoidianas - TSH	1 exame / gestante																																											
Doenças Tireoidianas - T4	1 exame / gestante																																											
LABORATÓRIO	REFERÊNCIA TÉCNICA	E-mail	TELEFONE																																									
APAE	Fernanda do Rosário Alves	fernanda_alves@apaesalvador.org.br	71 3270 8324																																									
DNA	Adriel Ferreira da Silva e Lorena Assunção de Souza	adriel.silva@dhaogenetica.com.br lorena.souza@dhaogenetica.com.br redesocorria@dhaogenetica.com.br	71 3032 7135																																									
LABIMUNO	Rafaela Exaltação	tnagemprenatal@hufba.br	71 9 9966 9013																																									
VIDA	Renato Álvaro Genaro	genaro@vida.bio.br	71 9 9906 7867																																									
ISAS	Antônio Maurício Porto e Louise Seixas	setor.lec@isas.gov.br louise.silva@isas.org.br	75 9 9849 0484 75 9 9848 9966																																									

A **Coordenadora** agradeceu a Liliene Mascarenhas pela apresentação e, dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Apresentação: 3.2 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 3.2.1 Situação do QUALISUS Transplantes considerando a publicação da Portaria GM/MS Nº 1.262, de 12 de setembro de 2023 - Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, relatando que Doutor Heraldo devido a um imprevisto, não faria a apresentação, então ela apresentaria rapidamente do novo Programa do Ministério da Saúde, de apoio e qualificação aos Transplantes no Brasil, já tem uma nova portaria agora voltada para a doação, mas falaria do incremento financeiro. Iniciou a apresentação em *slides* mostrando que tinha uma portaria antiga de 2012 do QUALISUS Transplantes, que fazia incremento financeiro para realização de transplante por procedimento, era apenas uma questão de percentual para cada procedimento e não olhava o todo das situações de transplante. Em 2022 foi publicada a portaria do QUALIDOT e foi definido também o primeiro ciclo de qualificação, que já trazia uma lógica mais abrangente de qualificação, olhando mais a qualidade, o desempenho, o desfecho do transporte e não apenas incrementando percentual financeiro em cima de procedimento.

Portarias Incremento Financeiro

Sistema Nacional de Transplantes

Sistema Estadual de Transplantes



QUALISUS – TRANSPLANTES

Portaria nº 1262 de 12/07/ 2023
Portaria Nº 766 de 14 / 09 / 2023

Revoga a Portaria IFTDO

□ Nº 845/2012

Incremento Financeiro para a realização de procedimentos de Transplantes e o processo de Doação de Órgãos


Revoga as Portarias do QUALIDOT

□ Portaria GM/MS Nº 3.264, de 11 de Agosto de 2022

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes (QUALIDOT).

□ Portaria GM/MS Nº 3.265, de 11 de AGOSTO de 2022

Define o 1º Ciclo do Programa de Qualidade no Processo de Doação e Transplantes (QUALIDOT), da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017



Mostrou no *slide* que segue os objetivos do QUALISUS Transplantes: estimular o aumento da capacidade instalada para atender à demanda da população; estimular o desempenho dos hospitais integrantes do Sistema Nacional a partir de indicadores relativos a volume, quantidade e segurança, ou seja, se amplia muito os eixos, a abrangência da questão do incentivo financeiro, não é só a produção, mantém-se a produção, mas se busca muito avaliar a questão da qualidade e da segurança e estabelecer custeio diferenciado para a realização de procedimentos segundo desempenho. No *slide* seguinte mostrou os três indicadores: o número de transplante em um ano - quanto mais o centro transplantador transplanta a partir do segundo ano, terá um percentual de incentivo maior; a sobrevida do enxerto com trinta dias e um ano após o transplante e isso reflete a qualidade do procedimento, ou seja, quanto mais tempo o enxerto não é rejeitado a princípio - e se busca isso, a qualidade em todo preparo e na técnica, chama atenção para um desempenho melhor, e a sobrevida do paciente com trinta dias e um ano após o transplante. Outra coisa diferente é que, antes o percentual era em cima do número de tipos de transplante que o hospital fazia, se fazia apenas um tipo ele praticamente não tinha nenhum tipo de incentivo, mas se ele fazia rim e coração, era um percentual X. Agora, com a nova portaria, para cada tipo de transplante se aplica esses indicadores e outros indicadores de qualidade.



QUALISUS - TRANSPLANTES

OBJETIVO

Estimular o aumento da capacidade instalada de transplante de órgãos, tecidos e células para atender a demanda da população

Estimular o desempenho dos hospitais integrantes do Sistema Nacional de Transplantes, a partir de indicadores relativos a volume, qualidade e à segurança da assistência prestada


Estabelecer custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplante de órgão e células, segundo o desempenho

QUALISUS - TRANSPLANTES

INDICADORES

- Número de Transplantes em 01 ano (após o 2º ano de habilitado)
- Sobrevida de Enxerto c/ 30 dias e 01 ano Pós transplante
- Sobrevida do Paciente c/ 30 dias e 01 ano Pós Transplante



1309 No *slide* abaixo os hospitais qualificados na Bahia por meio da Portaria 766: o Hospital Ana Nery foi para o nível A, que é o
 1310 nível mais alto do transplante de rim, recebendo aí 80% de toda a sua produção relativa a transplante; o Hospital Dom Pedro
 1311 de Alcântara a mesma coisa, também nível A; o Hospital Português, nível D no transplante de fígado e aí já é o percentual de
 1312 incremento de 50%; e o Hospital Português, também nível D no transplante de rim. Esses são os que já estão qualificados e
 1313 em processo de qualificação. No *slide* seguinte mostrou os hospitais a serem qualificados, ressaltando que a SESAB tem
 1314 envidado esforços imensos para o retorno do programa de transplante de coração no Ana Nery, lhe parecendo que já foram
 1315 feitos três nos últimos três meses, e o Hospital IBR, de Vitória da Conquista, no transplante de rim, o HUPES no transplante
 1316 Medula e o Hospital Roberto Santos no transplante de rim.

Hospitais Qualificados					Hospitais a serem Qualificados	
PORTARIA N º 766 de 14 / 09 / 2023						
Hospital	Incremento	Valor Transp. Tabela	Valor Transp. Incremento	Valor Total	Hospital	Incremento / Transplante
Hospital Ana Nery	Nível A – Rim (80%)	R\$ 27.622,67	R\$ 22.098,13	R\$ 49.720,80	Hospital Ana Nery	Coração
Hospital Dom Pedro de Alcântara	Nível A – Rim (80%)	R\$ 27.622,67	R\$ 22.098,13	R\$ 49.720,80	Hospital Instituto Brandão de Reabilitação -IBR	Rim
Hospital Português	Nível D – Fígado (50%)	R\$ 68.838,89	R\$ 34.419,44	R\$ 103.258,33	Hospital Universitário Professor Edgard Santos HUPES	Medula
Hospital Português	Nível D - Rim (50%)	R\$ 27.622,67	R\$ 13.811,33	R\$ 41.434,00	Hospital Roberto Santos	Rim

1332 Finalizou colocando que essa é a meta agora, assim como atingir a qualificação dessas quatro unidades nesses tipos de
 1333 transplante, observando que estavam avançando bastante com o transplante na Bahia. A **Coordenadora** agradeceu a Alcina
 1334 Romero e aproveitava para falar que estavam na semana de doação de sangue e na luta para as férias, festas de final de ano,
 1335 visando a recomposição dos bancos de sangue do estado e pedindo o apoio de todos nesse programa e nesse projeto. Em
 1336 seguida agradeceu a presença de todos, declarando encerrada a sessão e confirmando a próxima reunião ordinária para 07 de
 1337 dezembro de 2023. Não havendo mais o que tratar, após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo da Secretaria
 1338 Executiva da CIB (Silvana Salume), e sua revisão pelo núcleo técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles,
 1339 Secretária Executiva da CIB, lavro a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
 1340 Salvador, 23 de novembro de 2023.

1341 **Membros Titulares:**

1342 Roberta Silva de Carvalho Santana _____
 1343 Stela dos Santos Souza _____
 1344 Cássio André Garcia _____
 1345 Rívia Mary de Barros _____
 1346 Karlos da Silva Figueredo _____
 1347 Mônica Hupsel Frank _____
 1348 Ernesto da Costa Lima Júnior _____
 1349 Fábio Maia Prado _____
 1350 Jacklene Mirne Gonçalves Santos _____

1351 **Membros Suplentes:**

1352 Paulo José Bastos Barbosa _____
 1353 Raul Moreira Molina Barrios _____
 1354 Luiz Henrique Gonzales d'Utra _____
 1355 Maria Alcina Romero Boullosa _____
 1356 Paula França Rocha _____
 1357 Marcelo de Jesus Cerqueira _____
 1358 Raquel Ferraz da Costa _____
 1359 Everton Gomes da Silva Bueno _____
 1360 Livia Maria Bomfim Mendes Aguiar _____

1361
 1362