

1 CIB - Comissão Intergestores Bipartite

2 Aos dezessete dias do mês de maio do ano dois mil e vinte e três, no Auditório da UPB – União dos Municípios da Bahia, com
3 as presenças dos membros da CIB, Roberta Silva de Carvalho Santana, Secretária de Saúde do Estado da Bahia e
4 Coordenadora da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André
5 Garcia, Igor Lobão Ferraz Ribeiro, Raquel Ferraz da Costa, João Rodrigues de Góes Junior, Jacklene Mirne Gonçalves Santos
6 e dos suplentes, Paulo José Bastos Barbosa, Janaina Peralta de Souza, Maria Alcina Romero Boullosa, Paula França Rocha,
7 Marcelo de Jesus Cerqueira e Ernesto da Costa Lima Júnior. Às 14 horas e 40 minutos, após verificação de quórum, a
8 **Coordenadora Adjunta** cumprimentou a todos os presentes e antes de passar para pauta pediu licença à Coordenadora e aos
9 membros da mesa para fazer um anúncio, ressaltando que o COSEMS sempre traz notícias boas, apesar das dificuldades e
10 relatou que ontem foi fechado o resultado do processo de seleção dos trabalhos da Bahia, da 'Amostra Brasil Aqui tem SUS',
11 que será apresentado no congresso do CONASEMS, em Goiânia. E anunciou os vencedores nesta CIB, por ordem alfabética
12 de município e não por ordem de classificação, informando que foram inscritos cento e setenta e oito trabalhos e, desses, a
13 Bahia só teve direito a trinta e seis, houve um processo seletivo com avaliadores externos, inclusive agradecia à SESAB, que
14 também colaborou muito, com os técnicos e diretores fazendo parte do processo de avaliação. Em seguida efetuou a leitura do
15 nome dos municípios e os respectivos trabalhos: Amargosa – 'Reabilitar: Oficinas de Geração de Renda e Garantia da Inclusão
16 Social'; Anguera – 'Fisioterapia na USF: Aperfeiçoando a resolutividade da Atenção Primária no território'; Araci –
17 'Vigilância do Óbito: Compreender a morte para planejar a vida'; Banzaê – 'Caminhos do Cuidado: Uma viagem alegre em
18 busca da saúde'; Brumado – 'O Matriciamento na construção do cuidado em Saúde Bucal/Brumado-BA: O feito é melhor que o
19 perfeito?'; Buritirama – 'Curativo em casa: Uma proposta que dá qualidade de vida a pacientes acamados'; - Cabaceira do
20 Paraguaçu: 'Na Boca do Povo'; Caculé – 'Samuzinho nas escolas: Capacitando alunos e professores para emergências'; Cairu
21 – 'Selo Ambulante Legal: A Vigilância Sanitária capacita ambulante para festejo no Município de Cairu'; Caldeirão Grande -
22 'Implantação de Consultório Odontológico em Escolas da Rede Municipal de Ensino em Caldeirão Grande'; Campo Formoso –
23 'Desafios da assistência ao parto da Mulher Quilombola aliados às práticas de Parteiros Tradicionais'; Capim Grosso – 'Tela
24 de proteção para caixas de difícil acesso para redução de infestação do Mosquito Aedes Aegypti'; Governador Mangabeira -
25 'Programa Mais Visão Kids: Uma estratégia exitosa na Atenção Oftalmológica a alunos do Município'; Guajeru - 'Fortalecendo a
26 APS: Estratégias que levaram Guajeru ao 1º Lugar Nacional do Previne Brasil em 2022'; Ipiaú - ' "Crescer" Um Programa
27 Multiprofissional de Neurodesenvolvimento Infantil do Município de Ipiaú-Ba'; Itabuna - 'Nós – Somos, Nós – SUS: Muitas
28 vozes uma ciranda'; Itapetinga - 'Implantação de um serviço de Clínica Farmacêutica em um Centro de Atenção Psicossocial';
29 Jaguaripe - 'Saúde na Maré – Viração: O Hiperdia no cuidado especial com a saúde da Marisqueira e do Pescador'; Jequié -
30 'Juntos somos mais! A Interprofissionalidade no enfrentamento à pandemia da Covid-19 em Jequié-BA'; Luís Eduardo
31 Magalhães - 'Mutirão Minha Rua Limpa em combate ao Mosquito da Dengue'; Macajuba - 'Promoção da Saúde do Homem na
32 Atenção Primária à Saúde'; Macaúbas - 'Momento Cuidar: O cuidado que vai é a vida que vem'; Madre de Deus - 'A curiosa
33 história do "Coringa" do CAPS'; Mata de São João – '20 anos em 2: Como os avanços tecnológicos transformaram o SUS de
34 Mata de São João'; Miguel Calmon - 'Vivência sobre o Programa de Controle Esquistossomose: Doença silenciosa e
35 negligenciada'; Nova Soure - 'Avaliação do Sistema de Regulação Ambulatorial e a Integração com a APS no Município de
36 Nova Soure'; Pindaí - 'Atendimento odontológico em Comunidade Quilombola no interior da Bahia - Seguindo o modelo de
37 ONG'; Ponto Novo - 'Cuidado farmacêutico para Diabéticos, Insulinodependentes em Ponto Novo - Ba'; Porto Seguro -
38 'IST/HIV/AIDS no Município de Porto Seguro: O Papel do SAE/CTA como Agente Matriciador'; Rafael Jambeiro - 'Regulação de
39 acesso aos serviços de saúde de Rafael Jambeiro sem enfrentamento de filas'; São Gonçalo dos Campos - 'Gestação de Alto
40 Risco: Um olhar diferenciado da APS no Município de São Gonçalo dos Campos-Ba'; Sapeaçu - 'Tecendo Rede: De fio a fio
41 formando um grande bordado no cuidado da Saúde dos Sapeaçuanenses'; Ubaitaba – 'Projeto Castração: Combate e controle da
42 Esporotricose no Município de Ubaitaba'; Una – 'Fortalecimento do grupo de família dos usuários do CAPS em tempo de
43 pandemia da Covid-19'; Vera Cruz – 'Projeto Farmácia Verde: Difundindo conhecimento e educando a comunidade'; Vitória da
44 Conquista – 'Otimização do tratamento da Hipertensão Arterial em idosos atendido na Atenção Primária à Saúde'. Após a
45 leitura, ela parabenizou os trinta e seis selecionados, lembrando que o COSEMS não participou do processo de seleção,
46 somente os avaliadores externos, e os trabalhos selecionados já foram encaminhado para o CONASEMS. Todos os cento e
47 setenta e oito municípios que fizeram inscrição receberão a 5ª Edição do Prêmio Irmã Dulce, por terem se esforçado e relatado
48 suas experiências, os trinta e seis selecionados no 37º Congresso Nacional do CONASEMS de Goiânia, de 16 a 19 de julho,
49 apresentarão seus *posters*. Todos farão exposição no Norte/Nordeste, que será de 4 a 6 de setembro, aqui em Salvador, no
50 Centro de Convenções. Agradeceu muito o esforço de cada um e também a Luiza Campello, que coordena esse processo
51 juntamente com as apoiadoras no COSEMS e sabia que não tinha sido fácil ajudar, orientar e cuidar. A **Coordenadora**
52 cumprimentou todas as pessoas, justificou sua ausência na última reunião e lembrou ter feito o compromisso de estar sempre
53 presente e vinha tentando cumprir, para reconduzir conjuntamente ausente, por não ter tido como participar diretamente,
54 estivera presente no conhecimento da pauta, e reafirmava sua posição de estar sempre presente. Antes de fazer a abertura no
55 rito normal, parabenizou os trinta e seis trabalhos citados por Stela Souza, comentando que parecia estar ouvindo poesia, com
56 uma criatividade muito positiva e com emoção, cuidado, da forma que sabem fazer e por isso tem a cara da Bahia e deixava
57 aqui seu abraço a todos que participaram desse projeto, os municípios que mesmo em meio a tantos desafios conseguem
58 desenvolver boas práticas de gestão pública na saúde para poder compartilhar. Argumentou que queria compartilhar algo que
59 é fruto do trabalho de todos, a Ministra da Saúde estará na SESAB na sexta-feira e é muita honra poder receber um Ministro no
60 âmbito de uma Secretaria de Estado e ela trará alguns anúncios para a Bahia, alguns já são públicos e vinha trabalhando
61 desde a última visita que ela tinha feito ao Ministério, e não poderia deixar de registrar aqui o agradecimento do Governo do
62 Estado e a receptividade junto ao Governo Federal, pois todas as portas que ela acessava prontamente são abertas para a
63 Bahia e isso dá uma tranquilidade, mas sem dúvida redobra a responsabilidade entre os gestores de fazerem acontecer com
64 as oportunidades que estão postas pelo Ministério da Saúde. Dentro das pautas previstas, a Ministra fez um incremento do
65 Teto MAC para o Estado, em trezentos milhões de reais, de forma inédita, o governo federal traz cerca de setenta e cinco
66 milhões de reais para as policlínicas, um recurso que anteriormente nunca tinha acontecido e isso é uma vitória, sobretudo
67

68 também para a Atenção Básica, porque fortalece a possibilidade de acesso a consultas, exames, trabalho preventivo, pelo que
 69 está na Portaria, cada policlínica receberá em torno de três milhões e duzentos mil reais/ano, o que é um valor significativo.
 70 Relatou que o Governador está disposto e contas com a Fazenda, para que esse recurso seja integralmente repassado para
 71 os municípios, esse é um dos seus desejos, pois diminuirá a participação dos municípios na cota da policlínica. Desse modo,
 72 ele está muito sensível a isso e desde quando lhe falara sobre a vinda do recurso, ele demonstrou a possibilidade porque tem
 73 acompanhado a luta diária dos municípios, os prefeitos têm relatado a dificuldade da condução com o pouco recurso da saúde,
 74 então esperava conseguir fechar e se tudo se concretizar como de fato está caminhando, o Governador anunciará esta notícia
 75 na sexta-feira, com os presidentes de consórcio que estarão aqui, no evento com a Ministra. Completou que essa é uma notícia
 76 boa, mas que tem mais, a Ministra vem anunciar o início do serviço de radioterapia no Hospital de Juazeiro, a UNACON, que é
 77 uma pauta antiga, o serviço de radioterapia agora pode entrar em pleno funcionamento e a Ministra traz também mais dois
 78 aceleradores lineares para Irecê e Barreiras e vai autorizar o saque e a entrega. Existe um prazo de cumprimento do
 79 equipamento, mas estava ainda em processo licitatório, ou seja, vai conseguir antecipar essa aquisição e as unidades em Irecê
 80 e Barreiras estão prontas para receberem o equipamento. Outra perspectiva da Ministra é também o início do serviço de
 81 ressonância na OSID, que é fruto de um convênio com o Governo Federal no Hospital Santo Antônio, o que também é uma
 82 entrega positiva. Tem o anúncio do Teto MAC, ampliação de um montante de trezentos milhões, então tem muita novidade e
 83 ao falar com ela ontem, havia lhe agradecido desde já e estava na expectativa de ela trazer mais coisas na sexta-feira para
 84 anunciar. Relatou que nesta semana ela estivera na abertura do Fórum no Seminário de discussão do RP Compartilhado e
 85 parabenizou o Superintendente da Saffec pela condução do evento, observando que, conforme pactuado nesta CIB, os
 86 seminários começaram de forma regionalizada, para discutirem as dificuldades de cada região, mas sem perder de vista o
 87 engajamento, a fim de aderirem a essa ferramenta importante de gestão e aquisição que os órgãos de controle priorizam e
 88 entendem que pode trazer resultado efetivo, tanto na perspectiva da eficiência, da utilização do recurso público, como na
 89 eficiência da entrega e disponibilização dos medicamentos. Essas são pautas prioritárias, ela não queria antecipar, mas não
 90 poderia deixar de falar sobre a crise que vivida na Pediatria, especificamente nas infecções respiratórias, com a população indo
 91 para a porta das casas dos secretários de saúde ou dos prefeitos para pedir a regulação ou tentar conseguir leito. Ressaltou
 92 que o Estado está atento e tinha se programado em uma menor proporção, pois essa é uma realidade do Brasil e não da
 93 Bahia, inclusive ela tinha estado no CONASS e estava acompanhando todos os dias no grupo,, todos os secretários de estado
 94 com situações muito mais críticas do que a Bahia, por outros problemas e até de infraestrutura, mas o Estado está tomando
 95 providência e já abriu dez leitos no Martagão Gesteira, o que não é tudo, não dará conta, mas eles enfrentariam, é um
 96 problema que hoje o Estado não tem dificuldade, pois a pandemia trouxe aprendizado e um deles é montar rapidamente uma
 97 estrutura, o problema são os profissionais. Precisam de pediatras, intensivistas, tem crianças entre 0 e 4 anos idade com o
 98 índice de intubação muito grande e isso requer o cuidado de profissional especializado, então não é uma coisa que se resolva
 99 apenas com a vontade de abrir leito, estavam fazendo uma estratégia, Paulo Barbosa tem conduzido essa pauta diretamente
 100 com Igor Lobão e Mônica XXX, da Regulação, para buscarem os caminhos. Hoje seguiria uma proposta de abertura de uma
 101 unidade para a Procuradoria, tudo indicando que é do Hospital Espanhol, dentro da concepção de ampliar também para
 102 Pediatria, em paralelo, com a Associação Brasileira e Baiana de Pediatras, pedindo apoio para viabilizar médicos que possam
 103 ajudar na composição dessas equipes para socorrer a população, e quando são crianças e idosos a sensibilidade redobra, o
 104 Estado não está inerte, as providências estão sendo tomadas e, dentro do possível, com a atenção redobrada para esses
 105 pacientes também na Central de Regulação. Falou sobre a lógica da lei da procura e da oferta, mas poderia dizer que a parte
 106 positiva é que para essas crianças tem um giro/leito maior, então, se se consegue 'rodar' mais rápido, se que possibilidade dar o
 107 tratamento a uma quantidade maior de crianças, mas existe uma limitação física e de profissional e para a ampliação da rede
 108 de forma rápida, e é o desejo que o Governador demonstrou diversas vezes, que se tivesse equipe, amanhã o Espanhol
 109 estaria disponível. Enfatizou que estavam enfrentando isso juntos, é uma pauta prioritária que está sendo tratada e conduzida
 110 diretamente pelo Gabinete, dada a relevância da questão. Desse modo, estariam juntos em mais um enfrentamento, se tinham
 111 vencido a pandemia, não seria isso que lhes intimidaria, mas com a responsabilidade que lhes cabe. Pedia a sensibilidade dos
 112 municípios, observando que há uma concentração desse impacto na macrorregião Leste, achava que a Secretária Ana
 113 estivesse aqui hoje e gostaria de conversar com ela sobre as medidas que cada um pode fazer para, em conjunto, lado a lado
 114 e de mão dadas, poderem enfrentar mais essa situação. Argumentou que tinha se estendido um pouco, mas precisava colocar
 115 essa situação, então, mesmo trazendo notícias boas, esse cenário realmente preocupava, mas o Estado tomaria as
 116 providências necessárias para minimizar as questões, lembrando que faziam a defesa e buscavam os meios e a sensibilidade
 117 dos municípios para poderem enfrentar. Dando início à ordem do dia passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB,
 118 **Nanci Salles, efetuar a leitura das Resoluções ad referendum.**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
066/2023	10/05/2023	Aprova ad referendum a solicitação de habilitação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral do Hospital Regional Costa do Cacaú, no Município Ilhéus/BA, em gestão estadual.

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

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESB – Equipe de Saúde Bucal	03 ESB Modalidade I	Adustina
ACS – Agente Comunitário de Saúde	08 ACS	Adustina
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Ibotirama
ECR – Equipe de Consultório na Rua	01 ECR	Porto Seguro

123 **1.2 O Município Cristópolis informa solicitação ao MS de incentivo financeiro de custeio para Polos do Programa**
 124 **Academia da Saúde. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE**

125 - **SAFTEC: 2.1 Atualização sobre o Projeto Registro de Preços Compartilhado - Luiz Henrique D'utra, Superintendente**
126 **da SAFTEC**, cumprimentou a todos, reiterando a informação da Secretária de um evento realizado em Feira de Santana, que
127 contou com mais de sessenta municípios e a participação de cento e sessenta pessoas, e foi de um esclarecimento muito bom.
128 Informou as datas das oficinas aa acontecerem: dia 24 – a oficina para os técnicos em Feira de Santana; dia 25 - Seminário em
129 Ilhéus, região Sul; dia 30 - Seminário em Jacobina; dia 31 - oficina em Ilhéus; dia 6 - Seminário em Barreiras; dia 6 - oficina em
130 Jacobina. Considerou muito importante a participação dos municípios, que entendem as dificuldades internas de compreensão
131 dos pares sobre o projeto e é muito importante a participação de controladores, procuradores, alguns prefeitos, secretários,
132 pessoal de licitação, para compreenderem que o Projeto não tem dificuldade, é uma oferta com uma facilidade enorme para os
133 municípios. Informou que hoje tem trezentos e sessenta municípios que já aderiram ao Projeto e, destes, apenas vinte e oito
134 não planejaram e estão com o planejamento aberto, dessa forma, é fundamental que os municípios que estão aderindo agora,
135 ou os que aderiram antes e não planejaram, façam esse planejamento, sem o que a licitação não sai com o nome do município
136 nem dos itens que vai comprar. Hoje tem duzentos e vinte e oito itens ativos no RP dos medicamentos da RENAME na
137 Atenção Básica e, destes, cinquenta itens que estão entre os cinquenta e oito itens que o Estado fornece e que, para sua
138 surpresa, são também os que os municípios mais compram. Dos dez itens mais comprados no RP compartilhado, nove estão
139 entre os que o Estado fornece, porque a demanda por aqueles itens é grande. Relatou que ontem tinha apresentado alguns
140 números, fazendo um comparativo recente dos preços do RP Compartilhado e que muitos municípios pagam a média e não o
141 preço mais alto; tem itens que o preço médio pago pelos municípios é doze vezes maior do que o preço do RP Compartilhado
142 e, pegando os maiores valores, dá mais de vinte, trinta, quarenta vezes o preço do RP Compartilhado. Comentou que hoje
143 tinham feito um acordo com o COSEMS, fechando as adesões dos municípios que até sexta-feira passada não haviam feito
144 adesão, mas, como depois do seminário a procura por adesão está acontecendo, inclusive por planejamento, tinham decidido
145 manter as adesões abertas até o final do mês de julho, da seguinte forma: os municípios que aderirem agora já entram nas
146 licitações que acontecerão em junho; os municípios que por ventura fizerem adesão e planejamento em junho, entrarão nas
147 licitações de julho; e os municípios que aderirem até o final de julho - porque as últimas oficinas acontecem no final de julho -
148 entram nas licitações a partir de agosto. Ou seja, quanto antes o município aderir e planejar, mais medicamentos terá para
149 poder sacar, porque a licitação ativa uma ata com um ano de duração. Além falou ainda de uma informação importante do
150 ponto de vista das insulinas, lembrando que a mídia tem falado muito sobre risco de falta de insulina no mercado e queria
151 deixar claro que não há falta de insulinas, que são distribuídas pelos municípios, o Ministério da Saúde fez essa confirmação
152 no dia 12. A única insulina que está com risco de faltar é a Ultrarrápida, que forneciam por meio do componente especializado,
153 mas, por uma decisão da Secretária e do Governador do estado, já tinham feito uma aquisição independentemente de o
154 Ministério anunciar a regularização; e esse estoque chegou ontem, tem dois ou três pedidos que estavam atrasados, mas, a
155 partir desta semana, já estão sendo regularizados. Já foi comprado estoque da insulina 'Glulisina' para três meses, que não é
156 indicada para pacientes gestantes ou crianças e tinham guardado o estoque que havia da insulina 'Asparte' para esse público,
157 tendo sido comprado a 'Glulisina' para os demais. Assim, pelo menos nos próximos três meses não haverá falta da insulina
158 ultrarrápida na Bahia, é o tempo que esperavam isso se regularizar. **Stela Souza** lembrou que, no Seminário de Auditoria, Luiz
159 Henrique D'utra comentou sobre guardar, para pode ter e substituir, e agradeceu ao Governador e à Secretária pela
160 sensibilidade, porque existe preocupação em vários Estados no Brasil, mas a Bahia - sempre diferente - fez um movimento e já
161 garantiu, pois o paciente que precisa desta insulina não pode usar a lenta, é um problema sério e há o medo do agravamento
162 destes insulino-dependentes, então agradeciam bastante por essa preocupação. Outra coisa é o recurso para policlínicas, que
163 todos sabem o quanto vai ajudar os municípios que estão passando por muitos momentos difíceis, agora mesmo teve a
164 reunião sobre o Piso da Enfermagem e se quer dinheiro para pagar esta categoria, que merece. Sugeriu a confecção de um
165 *card* com as datas que foram definidas no GT, para deixar bem claro para os municípios os períodos que podem fazer adesão,
166 a fim de não terem dificuldade, por não saberem o período e perderem o prazo. Lembrou que o COSEMS vem esclarecendo
167 aos municípios sobre a economia e a importância de se usar o RP Compartilhado, que dá realmente uma economia muito
168 grande e é perigoso ficar comprando e, se já tiver feito adesão e não sacar, como é que ficava isso, perguntou. E agora, tendo
169 oportunidade para fazerem adesão novamente e algo importante é que poderá fazer o planejamento, logo não tem por que não
170 aderirem. Ponderou que a sugestão do GT de se fazer o seminário é o caminho e já estavam se movimentando (e pediu
171 desculpa, porque no primeiro ela tinha tido um pequeno problema de saúde, mas já estava bem, graças a Deus). E passou
172 para a colega que havia participado lhe representando, a Diretora do COSEMS Jacklene Mirne, que com certeza representou
173 muito bem o COSEMS e reforçou com os municípios. **Jacklene Mirne, Secretária Municipal de Saúde de Santo Amaro e**
174 **Membro da CIB**, cumprimentou a todos e enfatizou que foram muito importantes e esclarecedores o mecanismo e a forma que
175 Luiz Henrique D'utra utilizou para apresentar - explanando à medida em que ia apresentando - e quem estava lá viu que tinha
176 tudo a ver com a pesquisa, o resultado da pesquisa foi exatamente o que ele tratou ontem e é importante responderem essas
177 pesquisas. A pesquisa foi feita pelo COSEMS, os apoiadores ligaram para reforçar com os municípios e os parabenizou,
178 apesar de já ter feito isso lá mesmo, mas, aproveitando que todos estão aqui, ressaltava como foi importante terem respondido,
179 porque eles foram de fato ao problema e foi uma euforia, no intervalo todo mundo conversando, um momento ímpar e
180 considerava realmente muito exitoso, porque depois os secretários continuaram discutindo entre si e conseguindo tirar as
181 dúvidas, além do conforto de saberem que é algo novo e que não é um 'bicho de sete cabeças', que estavam caminhando.
182 Considerou que, tanto a fala da Secretária sobre as vantagens, como a parceria com o COSEMS, foram importantes, assim
183 também a forma com que Luiz Henrique conduziu, que foi muito feliz! E técnico, porque foi um diálogo entre a sua explanação
184 e o resultado da pesquisa, em que os municípios que tinham conseguido responder trouxeram as principais dúvidas e ele
185 trabalhou as dúvidas. Então, essa parceria do COSEMS com a SESAB foi muito importante para que conseguissem dialogar
186 nas dúvidas, que foram muitas e esperava que as outras regiões conseguissem ter o mesmo saldo positivo que eles tinham
187 tido. A **Coordenadora** colocou que, em relação ao Piso da Enfermagem está em andamento, tem fato novo movimentando a
188 ação judicial desde sexta-feira e sempre sai uma notícia de manhã e à noite tem novidade, lhe parecendo que terá nova edição
189 da portaria. Disse que o Ministro Rui Costa tinha lhe ligado hoje cedo, pedindo que enviassem o que poderiam ter de
190 contribuição, então já estavam concluindo, junto com Janaína Peralta, ele está reunido com o Ministério da Saúde e a
191 expectativa é que até amanhã tivesse alguma portaria nova. Ressaltou que é uma vitória, mas sabiam dos enfrentamentos

192 financeiros, que também fazem parte do processo de construção, as conquistas são assim, nada tem sido fácil e batalhariam
 193 para cumprir, a lei está aí para ser cumprida e se sabe da importância do trabalho que esse profissionais realizam, sobre a
 194 relevância desse trabalho ninguém discute ou questiona, então isso está em pauta também, já tem os valores, o valor que saiu
 195 na portaria foi de seiscentos e setenta e cinco milhões de reais para o governo dos estados, sendo que diretamente para Bahia
 196 foram cerca de duzentos e quarenta e três milhões de reais. **Stela Souza** colocou que foi feita uma breve discussão no
 197 Cosems, não sobre a Lei, que não tem o que se discutir, pois lei foi feita para ser cumprida, mas sobre os profissionais, que
 198 merecem este Piso, tanto estado como municípios reconhecem isso, mas tem alguns pontos e nesse momento está sendo
 199 construído um documento para ser entregue à Ministra, a partir de uma demanda que foi provocada pela UPB - prefeitos,
 200 secretários municipais de saúde e Assembleia Legislativa estiveram presentes - e foram feitos alguns encaminhamentos, não
 201 de questionamentos, mas de pedido de socorro para os municípios que não receberão sequer um real. Então, já que a SESAB
 202 repassaria as contribuições, que também repassasse, se possível, as contribuições do documento que estão construindo,
 203 assinado pela UPB, pela Assembleia Legislativa, pela Comissão de Saúde e pelo COSEMS, para ajudar nesses
 204 encaminhamentos, porque se saísse a portaria amanhã, não teriam um pouco dessa análise que poderia contribuir também
 205 com esse processo. A **Coordenadora** relatou ter recebido a ligação pela manhã, então tinha solicitado a Stela Souza que já lhe
 206 mandasse o que estivesse pronto, pois é melhor mandarem o que já tinham do que ficarem sem enviar nada, tinha medo de
 207 perderem o momento. Sobre os municípios que estão de fora, já antecipava que Conceição do Almeida, Cordeiro, Jussari,
 208 Milagres, Riachão do Jacuípe, Santa Cruz da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Ubaíra e Mairi estão mandando pelo WhatsApp,
 209 porque, como não dava para conseguirem produzir rapidamente um documento, tinham preferido não deixarem de mandar e
 210 assim estavam mandando o que já dispunham de contribuição para o Ministério. **Stela Souza** disse que mandaria a
 211 apresentação que foi feita pela manhã e que foi desdobrada, mas tem a relação dos municípios com um pouco dos valores e
 212 percentual do recurso que ficou com o Estado e algumas dúvidas, como da gestão dupla - um município que tem uma unidade
 213 de gestão dupla o recurso que está na portaria vai para o Estado e não para o município - se o Estado já avaliou isso naquele
 214 recurso que haverá para os hospitais, e todas as unidades de gestão dupla estão falando sobre essas questões que foram
 215 levantadas. A **Coordenadora** reiterou que o tempo é curto e sugeriu que, se essa portaria não está completa, que saísse outra
 216 complementar e fossem revistos os pontos mais críticos complementarmente, lembrando que ela não tinha poder de decisão,
 217 apenas de contribuição. E repetiu o que ela tinha pedido de mandarem logo o que fosse concreto e rápido e enviarem depois o
 218 que faltasse, para uma possível nova portaria, mas, sabendo como isso se dá na administração pública, tinha medo de
 219 perderem o *time*, então, preferia antecipar. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Informe: 3. CES: 3.1 - 11ª**
 220 **Conferência Estadual de Saúde. Paulo Barbosa, Subsecretário da SESAB e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e
 221 ponderou que devia ter havido algum problema para Marcos Sampaio não estar presente, mas ele repassaria algumas
 222 informações, já que esta é a última reunião da CIB antes da Conferência e não poderia perder a oportunidade: a Conferência
 223 Estadual será de 5 a 7 de junho, na Arena Fonte Nova, o credenciamento começa desde a véspera, para os delegados de
 224 Salvador; os quatrocentos e dezessete municípios realizaram Conferências Municipais e fizeram inserção no sistema; ficou sob
 225 a responsabilidade dos municípios o transporte dos delegados e sob a do Estado, a estadia e a alimentação durante a
 226 permanência na Conferência. Pedia ajuda aos gestores e prefeitos efetivarem a vinda dos delegados, ontem ocorreram as
 227 últimas Conferências Livres e tudo aponta para ser uma grande Conferência, e que tivessem um grande momento no SUS da
 228 Bahia. **Derival Santos, Secretário Executivo da CIR de Itapetinga**, cumprimentou a todos e colocou que estavam
 229 trabalhando com esse trâmite da Conferência na região Sudoeste, assim como todo o Estado está envolvido e a grande
 230 pergunta de alguns gestores é em relação à delegação do segmento dos gestores, se será contemplado também com o
 231 mesmo tratamento que será dado a usuários e trabalhadores, no que diz respeito à acomodação e transporte durante a
 232 Conferência, porque nas conferências anteriores nunca foi oferecida estadia aos delegados que representam a gestão e essa é
 233 a informação que vinha repassado aos gestores, mas não tinha também se certificado de que não haveria, porque estava
 234 esperando justamente este momento de hoje, que é estratégico para se trazer essa informação de forma oficial para todos os
 235 gestores. **Paulo Barbosa** disse que apenas o Conselho poderá responder e que foi elaborado pelo Conselho um Termo de
 236 Referência e enviado para o Estado, e neste termo foi contratualizado o serviço, mas sugeriu que fizessem esse
 237 questionamento ao Conselho Estadual e, em relação ao traslado de ida e volta dos hotéis ao local da Conferência, é de
 238 responsabilidade do Estado. Dando seguimento, **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados para
 239 **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON:1.1**
 240 **Credenciamento/Habilitação: 1.1.1 Aprovar a solicitação de habilitação do Instituto de Nefrologia Alayde Costa com o**
 241 **Serviço de Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise – código 15.04 e Serviço de Atenção Especializada em**
 242 **DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – código 15.06, no Município Salvador, em Gestão Estadual.**

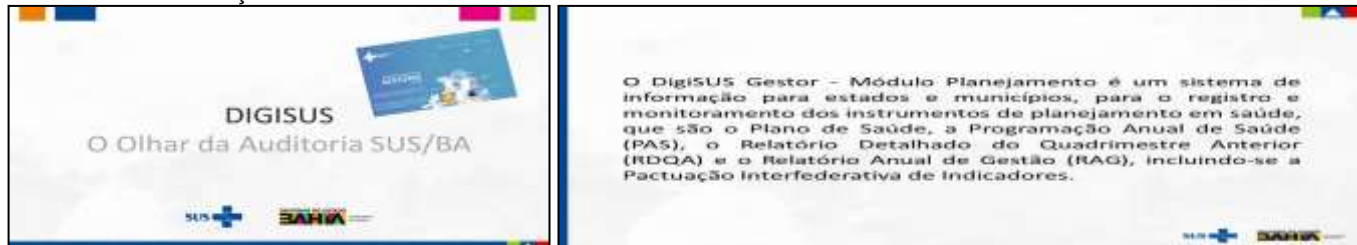
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	Instituto de Nefrologia Alayde Costa	7160488	15.093.966/0002-79	- Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise - código 15.04; - Serviço de Atenção Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – código 15.06.

243 **1.1.2 Aprovar a ampliação de habilitação da Hemovida, com o Serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em DRC**
 244 **nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico, no Município Alagoinhas, em Gestão Municipal.**

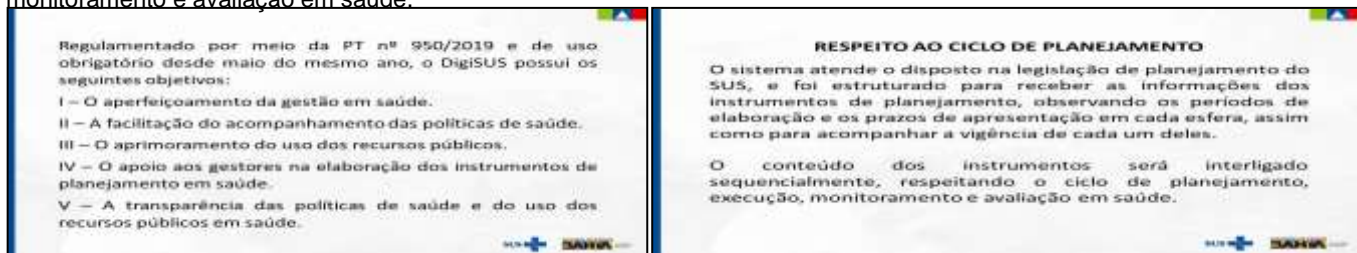
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Alagoinhas	HEMOVIDA	2804891	04.805.100/0001-46	Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – código 15.06

245 **2. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE - SAFTEC: 2.1**
 246 **Relação dos municípios que aderiram ao Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos**
 247 **da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Almadina, Antônio Gonçalves, Barrocas, Cipó, Coronel João Sá,**
 248 **Correntina, Elísio Medrado, Fátima, Itapé, Laje, Macajuba, Maiquinique, Nova Soure, Nordestina, Pedro Alexandre,**
 249 **Pojuca, Presidente Dutra, Retirolândia, Ribeira do Pombal, Santa Cruz da Vitória e Santa Rita de Cássia. 3.**
 250 **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 3.1 Habilitação da UNACON do**

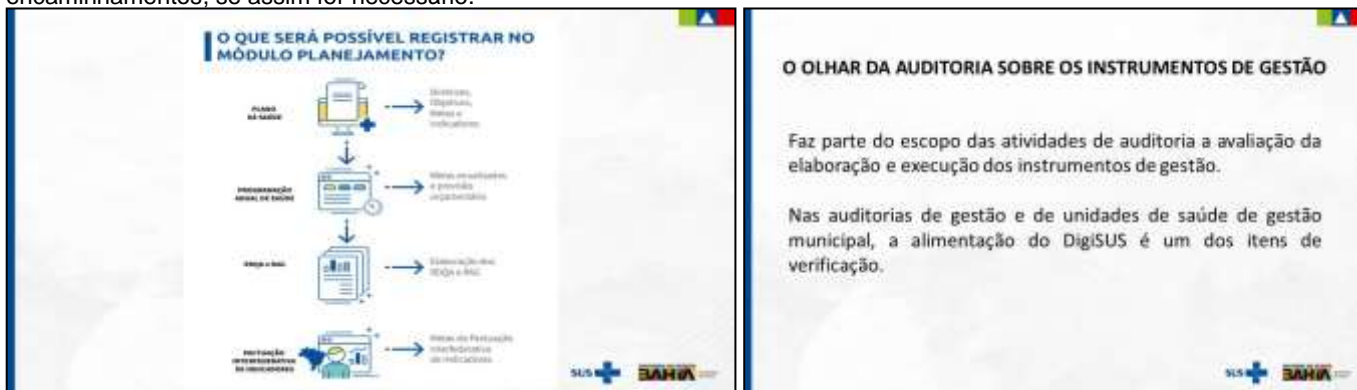
251 **HGRS/CICAN.** A **Coordenadora** submeteu aos membros os pontos encaminhados para homologação para sua aprovação e,
 252 como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovados à unanimidade**. Dando seguimento, passou para os pontos de
 253 **Apresentação: 1. AUDITORIA SUS/BA: 1.1 DigiSUS - Daniela Castellucci, Diretora da Auditoria do SUS-Ba,**
 254 cumprimentou a todos os presentes e disse que faria uma apresentação sobre o DigiSUS, com o foco na Auditoria. Iniciou a
 255 apresentação dos *slides*, considerando importante ressaltar que sempre que se faz auditoria de gestão se utiliza o DigiSUS
 256 como um dos documentos de avaliação prévia, mas, a partir deste ano, depois da pandemia e de tanta coisa vivenciada, foi
 257 colocado, no planejamento, a avaliação do DigiSUS para todas as auditorias realizadas, passando a ser inclusive um critério de
 258 avaliação com constatações para conformidade, inconformidade, recomendação e apresentação de defesa, pelo entendimento
 259 da importância do DigiSUS com o olhar da gestão. Mostrou no *slide* abaixo que o Módulo de Planejamento é um sistema de
 260 informação para estados e municípios, para o registro e monitoramento dos instrumentos de planejamento em saúde que são:
 261 Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão,
 262 incluindo-se a Pactuação Interfederativa de Indicadores.



272 A seguir mostrou o Regulamento da Portaria, que possui os seguintes objetivos: o aperfeiçoamento da gestão e saúde; a
 273 facilitação do acompanhamento das políticas de saúde; o aprimoramento do uso dos recursos públicos; o apoio aos gestores
 274 na elaboração dos instrumentos de planejamento; a transparência das políticas de saúde do uso de recursos públicos em
 275 saúde. No *slide* seguinte falou sobre o Respeito ao Ciclo de Planejamento: o sistema atende o disposto na legislação de
 276 planejamento do SUS e foi estruturado para receber as informações desses instrumentos de planejamento, observando os
 277 períodos de elaboração e os prazos de apresentação em cada esfera, assim como para acompanhar a vigência de cada um
 278 deles. O conteúdo dos instrumentos será interligado sequencialmente, respeitando o ciclo de planejamento, a execução,
 279 monitoramento e avaliação em saúde.



280 No *slide* abaixo, sobre o que será possível registrar para se ter uma ideia de como é importante, principalmente para a gestão
 281 municipal, e se o gestor tem esse sistema atualizado, alimentado, pois facilita demais o trabalho dos gestores municipais e
 282 facilita muito o trabalho do gestor estadual e de todas as superintendências, principalmente as que trabalham com indicadores.
 283 Então é um papel da Auditoria também, como ferramenta da gestão, colaborar para que isso esteja atualizado e seja sempre
 284 utilizado da forma correta, assim, tem o plano, a programação, o relatório e a pactuação. No *slide* seguinte, o olhar da auditoria
 285 sobre esses instrumentos de gestão, porque a avaliação da elaboração e da execução dos instrumentos da gestão faz parte do
 286 escopo das atividades da auditoria. Nas auditorias de gestão e de unidades de saúde de gestão municipal, a alimentação do
 287 DigiSUS é um dos itens de verificação, logo, toda e qualquer auditoria feita a partir deste ano já está verificando a utilização do
 288 DigiSUS e o utilizando como critério de apontamento de conformidade ou não conformidade, com recomendações e
 289 encaminhamentos, se assim for necessário.



300 No *slide* seguinte mostrou um levantamento, observando que, das auditorias realizadas, 68,4% dos municípios não
 301 alimentaram e 31,6 alimentaram o 'DigiSUS', reiterando que essa prática de olhar o 'DigiSUS' em todas as auditorias não é
 302 uma prática que ocorria em todas, passou a ser a partir deste ano e esperava que em algum momento, quando viesse
 303 apresentar esse índice novamente, essa pizza já estivesse invertida. Falou da Conferência Livre Nacional do Sistema Nacional
 304 de Auditoria do SUS, ressaltando que não poderiam ficar de fora nesse momento tão importante no país, de verdadeira
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317

democracia e será uma conferência híbrida, sugerindo aos municípios se inscreverem e participarem, não só os que têm componentes de auditoria, como também os que ainda não têm e que querem conhecer melhor do que se trata, observando que, mais uma vez, a Bahia está na frente, essa atualização do *slide* abaixo foi pela manhã, mas hoje à tarde já são noventa e cinco e quatro inscritos no Brasil e a Bahia está na frente em número de inscritos e, logo atrás, Pernambuco.



CONFERÊNCIA LIVRE NACIONAL

SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS

24/05/23
Das 9h às 13h

INSCRIÇÕES ABERTAS

Estado	Quantidade	Porcentagem
Acre (AC)	2	0,3%
Alagoas (AL)	3	0,4%
Amapá (AP)	4	0,5%
Amazônia (AM)	17	2,1%
Bahia (BA)	85	10,6%
Ceará (CE)	48	6,1%
Distrito Federal (DF)	30	4,7%
Espírito Santo (ES)	30	3,9%
Goiás (GO)	35	4,4%
Maranhão (MA)	13	1,7%
Mato Grosso (MT)	7	0,9%
Mato Grosso do Sul (MS)	21	2,8%
Minas Gerais (MG)	45	5,9%
Pará (PA)	3	0,4%
Paraná (PR)	23	2,8%
Pernambuco (PE)	39	5,1%
Piauí (PI)	22	2,9%
Rio de Janeiro (RJ)	69	9%
Rio Grande do Norte (RN)	5	0,7%
Rio Grande do Sul (RS)	64	8,4%
Rondônia (RO)	12	1,6%
Roraima (RR)	5	0,7%
Santa Catarina (SC)	34	4,5%
São Paulo (SP)	53	6,9%
Sergipe (SE)	15	2%
Tocantins (TO)	9	1,2%

Finalizou colocando a expectativa de chegarem a mais de mil e que a Bahia mais uma vez estivesse na frente como sempre está na maioria do que faz.

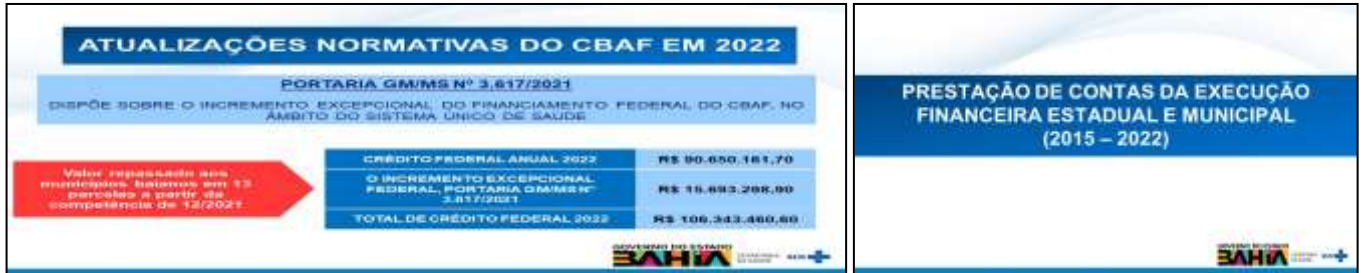


A **Coordenadora** agradeceu a Daniela Castellucci pela apresentação e, dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Apresentação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE - SAFTEC: 2.1 Execução da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - Milena Lima, Coordenadora da SAFTEC**, cumprimentou a todos, informando que já é um costume da Assistência Farmacêutica apresentar a execução do componente básico na CIB, na perspectiva de dar mais transparência à execução estadual, para estabelecer mecanismos de diálogo nos âmbitos de discussão, no GT da Assistência Farmacêutica e também para trazer reflexões a respeito da execução municipal. Relatou que sempre há uma expectativa de fazer essa apresentação no mês de março, mas infelizmente não tinha sido possível fazer, por isso o estava fazendo agora. No *slide* abaixo mostrou as atualizações, considerando o que tinham vivido em 2022, em termos de atualização de normativa, com a Resolução CIB nº 215 trazendo a atualização da descentralização da execução do componente básico em que, dos quatrocentos e dezessete municípios, oito optaram por receberem a contrapartida estadual em seus Fundos Municipais de Saúde e centralizarem toda a execução do financiamento do componente básico, que é financiamento tripartite - federal, estadual e municipal - sendo que, para financiamento municipal e estadual, ficam 25% para cada e, em média, 50% para o financiamento federal.



A respeito dos valores, comentou sobre a portaria ministerial de dezembro de 2021, que estabeleceu incremento excepcional de financiamento, em que foi acrescido um valor no financiamento federal, em treze parcelas, a primeira aconteceu em dezembro de 2021 e as outras doze aconteceram durante o exercício de 2022. Este financiamento foi agregado integralmente no SIGAF, que é o Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica do estado - também pactuado em CIB, desde 2009, como instrumento de gestão da Assistência Farmacêutica - e este valor foi agregado integralmente no exercício de 2022. Então, embora ele tivesse sido repassado pela União em dezembro, considerando o curso do exercício de 2021, que já estava avançado, o tinham agregado em 2022 e, assim, tiveram um consolidado de crédito federal da ordem de cento e seis milhões de reais e é importante ressaltar que todo este valor foi para a gestão municipal, em 2022 e final de 2021 o Estado não recebia mais recurso federal para gerenciamento. Dando início à prestação de contas, falou que essas informações são extraídas do SIGAF, que é um sistema pactuado para a gestão da assistência farmacêutica desde 2009, para o que existe a obrigação, tanto do estado como do município, de lançarem a sua execução - o Estado, por meio dos atendimentos trimestrais de distribuição de medicamentos, e o município mediante lançamento das notas fiscais. Então, essas informações são extraídas

deste sistema, que depende da fidedignidade dos municípios e que sejam criteriosos no processo de prestação de contas, para poderem transmitir também informações com segurança.

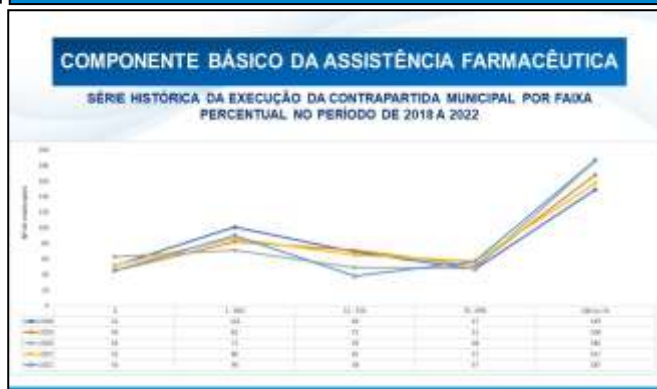


No *slide* abaixo mostrou que a gestão municipal acumulou em 2022 cerca de cento e quarenta e três milhões de reais, em valor a ser executado, e o Estado cerca de trinta e oito milhões. Para os itens que dizem respeito à RENAME - anexos 1 e 4 – explicou que os municípios podem se utilizar do financiamento para adquirirem os trezentos e vinte e três itens previstos na RENAME e o Estado executa com os sessenta itens. Colocava essa comparação para destacar que o maior valor financeiro está de posse do município, assim como sua capacidade, também os itens que eles podem adquirir. No *slide* seguinte, uma série histórica de execução, considerando o período entre 2015 e 2022, percebendo-se que, no intervalo entre 2018 a 2021, o estado apresenta uma execução superior a 100%, que é justamente o período de execução do pagamento de débitos de anos anteriores. Para recordar àqueles que têm conhecimento e para dar conhecimento àqueles que não participaram desde lá, relatou que em 2017 houve uma pactuação, um acordo firmado em CIB para que, a partir daquele exercício de 2017, todos os saldos da contrapartida que existissem de crédito a executar seriam sanados nos exercícios posteriores. Então, de 2015 até o presente exercício, todo o saldo acumulado será executado, por isso trazia esse cenário de execução acima de 100% a partir de 2018, porque essa pactuação aconteceu no final do exercício de 2017, então não teve um período suficiente para fazer isso se expressar, em 2018 já teve cerca de 120%, em 2022 ocorreu um problema no cenário da Indústria Farmacêutica, em razão da pós-pandemia, tendo havido dificuldade na fabricação de algumas matérias-primas e no próprio fornecimento de medicamentos, inclusive os antibióticos, e isso impactou na execução de 2022 no estado. Por isso que não tinham conseguido alcançar 100% do que diz respeito ao mínimo obrigatório, por ano, e efetuar o pagamento do saldo residual que existia do período de 2015 a 2021 para alguns municípios. O município apresentou um perfil satisfatório, conseguindo alcançar o estado em 2022, em 95% de execução, tendo começado em 76%, quando tinham começado a monitorar e com vigília maior da situação em 2015 e em 2022 eles se encontraram novamente em termos de execução. Isto é uma condição satisfatória para a execução municipal, que conseguiu prestar contas do que executou de fato, pois entendiam que existem duas interpretações, a interpretação de não executar e a de não prestar contas e, como colocara no início, estava trazendo o que está no SIGAF, mas entendendo que existe certa dificuldade dos municípios com os lançamentos das notas fiscais.



Nos quatro *slides* a seguir mostrou um gráfico, apenas para comparar, trazer um parâmetro, em termos de faixa de execução, de percentual de execução nesse comparativo entre estado e município, percebendo-se que em 2022 um grupo maior de municípios ficou na parte de execução acima de 100%, que é outra questão que queria destacar, em que muitas vezes há uma execução acima de 100% porque existe uma variação de preço; então, às vezes para uma execução acima de 100%, em função do preço que foi pago pelo medicamento, isso pode gerar a interpretação de uma super execução, mas é preciso qualificar essa execução de modo que retrate que ela promoveu de fato um tipo de acesso, ou um correspondente no preço. Portanto, muitas vezes existe uma execução além, mas pode estar relacionado com o preço ou com a prestação de contas que se observa muito, que é a prestação de contas em exercício posterior, o município lança notas do exercício de 2021 em 2022, por exemplo e isso gera uma super execução em 2022 e em 2021 essas notas fiscais não aparecem, por isso que às vezes se percebe esse grupo concentrado, acima de 100%, mas é preciso observar e prezar pelos prazos de prestação de contas, notas fiscais de cada exercício devem ser lançadas no exercício corrente, quando finda o exercício, o SIGAF não permite mais que sejam lançadas notas de ano anterior no exercício da data de emissão da nota; isso gera certa inconsistência, por isso trazia essa observação. Disse que existe um agrupamento maior da execução estadual, na faixa de 76 a 99%, que diz respeito justamente às dificuldades encontradas no fornecimento de alguns medicamentos que foram impactados pela pelo setor industrial farmacêutico. E trazendo uma comparação de anos anteriores, destacou que, entre 2018 e 2021, no ano 2000 teve um número maior de municípios na faixa de 100% e caindo em 2022 para a execução estadual, este é apenas um destaque para comparar. Em relação ao perfil da execução municipal, é bem linear, percebendo-se que existe uma dispersão do número de municípios nas diferentes faixas de execução, havendo uma expectativa de que, à medida em que tiverem uma qualificação no preço e uma regularidade na prestação de contas, à medida que tiver uma rotina, uma disciplina no processo de prestação de contas e na qualidade de compra no que diz respeito ao valor de compra de medicamentos, esse máximo se expressasse.

451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
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

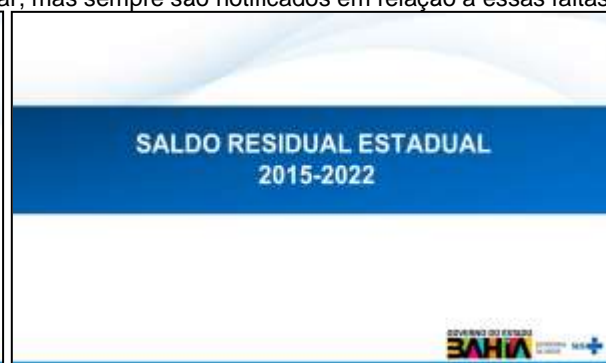


No *slide* abaixo mostrou como foram feitos os atendimentos trimestrais, tinham conseguido 98% de atendimento dos municípios no primeiro trimestre, 96% no segundo, 99% no terceiro e 98% no quarto. Os municípios que não retiram medicamentos na regularidade são notificados, sendo destacado para o farmacêutico e para o secretário municipal a ausência do município naquele trimestre, o que também não inviabiliza a retirada, o município retira o que tem a executar, em termos financeiros, no trimestre posterior, por opção, muitas vezes o próprio município decide por retirar dois trimestres no ano, considerando a distância, o deslocamento, o valor financeiro a executar, mas sempre são notificados em relação a essas faltas.

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM RETIRADA TRIMESTRAL REGULAR DE MEDICAMENTOS EM 2022

ATENDIMENTO	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI
META	417	417	417	400
REALIZADO	407	402	415	402
%	98	96	99	98



No *slide* abaixo mostrou o saldo residual do estado em 2015-2022, que ficou sem executar, observando que o acumulado de 2015-2021 tinha cerca de um milhão de reais, para 2022 foi pago aproximadamente 58% desse valor - em torno de quinhentos e sessenta mil reais - embora tenha tido a dificuldade de executar os 100%, alguns municípios conseguiram executar, junto ao estado, além dos 100% obrigatórios previstos na Resolução CIB, e isto representa justamente essa execução. Nos *slides* seguintes, apresentou o histórico de execução da contrapartida, que iniciou com o pagamento acumulado de 2015-2016 em cerca de vinte e cinco milhões de reais, em 2017 esse valor subiu um pouco, para vinte e seis milhões de reais e aí houve uma redução significativa, chegando em 2021 à melhor execução do saldo de anos anteriores, deixando apenas a um residual de cerca de um milhão de reais, em função das dificuldades do setor industrial, como já foi exposto, este saldo teve um acréscimo em 2022 e hoje está em torno de três milhões de reais. Nesse momento já estavam se preparando, inclusive trazia a informação em relação ao que tem a executar como dívida ainda nesse exercício de 2022, a partir do terceiro trimestre. Então, considerando todo o período, desde 2015, tinham chegado a trinta e dois milhões de reais, já tendo executado vinte e nove milhões de reais e restando, aproximadamente, três milhões de reais, que executariam agora. Mostrou também que o critério de execução será justamente para os trezentos e setenta e cinco municípios - dois trimestres, duas parcelas e para os oito municípios, sendo que dois não têm saldo a executar com o estado e para seis o valor será repassado em até seis parcelas. Isso é uma perspectiva, mas hoje já tinham amadurecido um pouco mais e entendiam que essas seis parcelas podem ser resumidas em uma parcela única para os seis municípios, visto que o valor é bem inferior, pequeno, girando, para os seis municípios, em torno de doze mil reais, o que é suficiente, suportável, para a gestão fazer o repasse em parcela única. E finalizou mostrando uma crescente na execução da dívida municipal, entendendo que nos últimos exercícios o município também agregou um valor adicional de contrapartida, que diz respeito ao recurso federal - ao incremento da contrapartida

517 federal - mas isso é importante trazer para levarem para nossos ambientes e desenvolverem a prática e o exercício da
 518 prestação de contas a fim de poderem trazer resultados mais significativos e que representem de fato a gestão municipal
 519



PAGAMENTO DE DÍVIDA 2015-2022

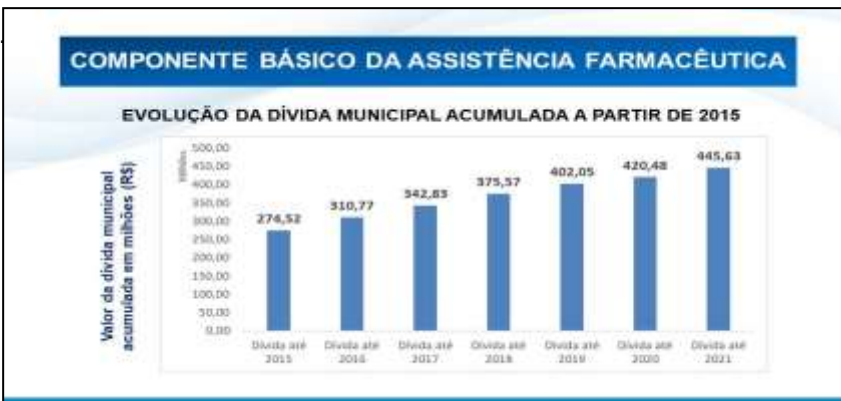
Execução

- O valor global a ser executado em 2023 será composto pelo valor da contrapartida estadual anual, acrescido do residual da dívida 2015-2022;
- 375 municípios por meio de repasse em medicamentos a partir do 3º Trimestre (2 parcelas);
- 6 municípios por meio de repasse financeiro fundo a fundo a partir de julho/2023 (em até 6 parcelas).

GOVERNO DO ESTADO BAHIA

SALDO RESIDUAL MUNICIPAL DE ANOS ANTERIORES

GOVERNO DO ESTADO BAHIA



559 A Coordenadora agradeceu a Milena Lima pela apresentação e, dando seguimento, passou para o próximo ponto de
 560 **Apresentação: 3. GASEC: 3.1 Cenário da Pediatria - Priscila Macêdo, representante do Comitê de Emergência em**
 561 **Saúde Pública do Estado – COE**, cumprimentou a todos, lembrando que inicialmente a Secretária pontuou essa questão
 562 crítica da Pediatria que vinham vivenciado na prática e pontuando também que a pandemia por Covid deixou alguns
 563 ensinamentos, não tendo sido à toa que, durante toda a pandemia, a Bahia permaneceu como o segundo estado com menor
 564 mortalidade em todo o país, encontrando-se ainda nesta posição e é este o momento de arregaçarem as mangas para não
 565 permitir que uma situação de emergência em saúde pública seja instaurada aqui na Bahia, por conta da pediatria. Iniciou a
 566 apresentação dos slides mostrando a definição do caso de SRAG – Síndrome Respiratória Aguda Grave em crianças,
 567 sobretudo as que apresentam dispneia, desconforto respiratório ou saturação de oxigênio menor do que 95% em ar ambiente,
 568 ou as crianças com coloração de lábios azulada ou roxa, por conta da oxigenação no sangue.

Situação Epidemiológica da Síndrome Respiratória Aguda Grave em Crianças na Bahia

17 de maio de 2023

SUS GOVERNO DO ESTADO BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE

Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG

Definição de Caso

SRAG: indivíduo com síndrome gripal que apresente dispnéia /desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O2 menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto.

Síndrome Gripal: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por, pelo menos, dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos.

Fone: Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério de Saúde

SUS GOVERNO DO ESTADO BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE

583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649

No *slide* abaixo apresentou um mapa do Boletim Infogripe Fiocruz, da semana 16 de abril, que faz uma análise da tendência de casos, observando que a Bahia está com essa coloração de um marrom mais claro, por conta exatamente que estamos entre os quinze estados com alta de incidência de caso de SRAG, não estamos como os piores Estados, inclusive dá para ver o Amapá que na última semana decretou Estado de emergência em Saúde Pública pela questão da superlotação das unidades, pelo risco de desassistência a essas crianças, mas está com uma probabilidade de crescimento alta acima de 75%, em todo o território. No *slide* seguinte, mostrou os dados de maio de 2022 até as primeiras semanas de abril de 2023, a última coluna não significa que diminuiu o número de casos, pelo contrário, era uma semana que ainda está em curso, ainda está em análise, mas estavam em franco crescimento e desse mapa queria pontuar três questões. Observou que ele está separado por quatro principais patógenos respiratórios, o causador da Covid, Influenza A, Influenza B e o Vírus Sincicial Respiratório, que é um velho conhecido, sobretudo das crianças, um vírus altamente transmissível que permanece em superfícies de contato por mais de 24 horas e que muitas vezes uma criança que chegou na unidade de saúde por trauma ou por qualquer outra demanda clínica, às vezes acaba pegando de pacote um Vírus Sincicial Respiratório, seja por compartilhamento de estetoscópio sem higienização, compartilhamento de termômetro nas unidades de emergência, as crianças acabam saindo com o Sincicial que é amplamente transmissível. Chamou atenção que em verde tem a curva de casos de Covid acompanhando a quarta e a quinta onda do ano passado, relatando que o Sincicial está em vermelho e está presente durante toda essa análise de quase um ano, tem períodos que diminui um pouco, períodos que aumenta, é um vírus muito sazonal que se encontra muito de abril a final de julho e início de agosto, mas parece que a pandemia mexeu um pouco com o vírus e ele tem aparecido até em estações que não tinham visto antes. Um fator inédito é a barra azul mais clara no slide, que é o vírus Influenza B, que praticamente não existiu durante o ano de 2022 e está em franco crescimento agora em 2023, em 2022 só teve bem pontualmente no final de dezembro e é um vírus que ganha da Influenza A. Relatou que hoje tem a vacina de Influenza disponível na rede pública é a vacina Trivalente, que alcança as duas cepas da Influenza A, H1N1 e H3N2 e uma cepa da Influenza B, que é a linhagem Victória, tem a linhagem Victória e a linhagem Yamagata, felizmente com base na análise dos dados do LACEN, a Influenza que tem circulado mais em nosso território é a Victória, que é alcançada pela vacina disponível na rede pública, infelizmente é uma vacina que está com números muito abaixo de cobertura vacinal do que é o desejado.



Chamou atenção para os próximos quatro *slides*, relatando que em 2023, 68% dos casos totais de SRAG estão sobretudo na faixa etária das crianças até os 14 anos. Classificando SRAG por Influenza, tanto tipo A quanto tipo B, esse percentual é ainda maior, 76% das crianças hoje são o grupo alvo atingido. Em SRAG por outros vírus entra principalmente o Sincicial, o Rino Vírus, Meta Pneumo Vírus, quase 90% do público-alvo é de crianças. Dos casos de SRAG não identificado por faixa etária, chama também atenção os casos de notificação obrigatória no SIVEP Gripe, todos os casos de SRAG que requerem hospitalização precisam ser notificados e encerrados corretamente no SIVEP, quando não identificado, seja porque não se fez amostragem para painel viral, seja porque o caso não foi encerrado direitinho, fica como SRAG não identificado, tem também uma parcela alta de mais de 65% em crianças.

Faixa Etária	2020			2021			2022			2023*		
	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação
> 65 anos	160	3,3	100,0	1.701	3,7	98,2	2.008	5,7	99,9	886	20,1	100,0
65 a 69 anos	3.104	11,7	100,0	3.812	13,1	100,0	2.802	11,6	100,0	3.114	14,1	100,0
60 a 64 anos	706	3,7	100,0	1.082	5,4	99,4	2.320	6,0	100,0	1.019	11,1	100,0
55 a 59 anos	307	1,5	100,0	508	2,4	100,0	400	1,0	100,0	1.027	4,5	100,0
50 a 54 anos	166	0,8	100,0	300	1,4	100,0	311	0,8	100,0	312	1,3	100,0
45 a 49 anos	1.011	4,8	100,0	1.101	4,4	100,0	800	2,7	100,0	1.101	4,8	100,0
40 a 44 anos	1.611	8,4	100,0	1.711	7,1	100,0	1.000	4,7	100,0	1.101	4,8	100,0
35 a 39 anos	1.036	5,1	100,0	1.048	4,8	100,0	1.207	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
30 a 34 anos	4.207	20,1	100,0	4.177	19,1	100,0	3.900	16,1	100,0	3.114	13,1	100,0
25 a 29 anos	1.791	8,6	100,0	1.812	8,1	100,0	1.200	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
20 a 24 anos	1.461	7,1	100,0	1.400	6,1	100,0	1.200	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
15 a 19 anos	1.461	7,1	100,0	1.400	6,1	100,0	1.200	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
10 a 14 anos	1.461	7,1	100,0	1.400	6,1	100,0	1.200	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
5 a 9 anos	1.461	7,1	100,0	1.400	6,1	100,0	1.200	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
0 a 4 anos	1.461	7,1	100,0	1.400	6,1	100,0	1.200	5,1	100,0	1.101	4,8	100,0
Total	41.220	100,0	100,0	46.111	100,0	100,0	33.200	100,0	100,0	1.461	100,0	100,0

Faixa Etária	2020			2021			2022			2023*		
	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação
> 65 anos	11	0,3	0,0	22	0,0	0,0	10	0,7	0,0	27	20,7	0,0
65 a 69 anos	29	12,1	3,0	37	6,3	0,0	46	14,2	0,0	31	29,1	0,0
60 a 64 anos	39	7,9	1,0	75	4,1	2,0	86	11,7	2,0	40	24,7	0,0
55 a 59 anos	107	4,7	0,0	276	2,8	1,0	141	4,4	1,0	275	19,6	1,0
50 a 54 anos	9	0,2	0,0	23	2,0	1,0	4	1,3	0,0	30	6,2	0,0
45 a 49 anos	31	11,1	1,1	47	5,5	1,7	17	5,0	0,0	5	3,3	0,0
40 a 44 anos	36	13,0	1,1	66	6,0	2,6	14	4,4	0,0	7	4,3	0,0
35 a 39 anos	26	11,0	1,0	47	6,3	2,0	19	5,1	0,0	9	5,0	0,0
30 a 34 anos	19	8,0	1,0	78	6,8	4,0	19	4,0	1,0	9	5,7	0,0
25 a 29 anos	36	13,0	3,0	93	10,0	11,0	29	8,1	3,0	3	1,3	0,0
20 a 24 anos	27	7,1	3,7	137	16,3	13,0	37	11,6	8,0	3	1,2	0,0
15 a 19 anos	28	7,4	7,2	239	27,5	19,0	79	23,5	11,0	2	1,0	0,0
Total	337	100,0	1,6	286	100,0	9,8	418	100,0	6,2	142	100,0	1,2

Faixa Etária	2020			2021			2022			2023*		
	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação
> 65 anos	56	13,2	10,0	232	13,9	10,0	104	10,7	10,0	509	20,8	10,0
65 a 69 anos	146	14,1	6,0	170	10,7	10,0	140	10,6	10,0	192	16,2	10,0
60 a 64 anos	32	4,0	1,1	65	7,0	0,0	100	10,7	10,0	41	10,4	0,0
55 a 59 anos	11	1,0	0,0	12	2,3	0,0	11	2,0	0,0	22	5,7	1,0
50 a 54 anos	6	1,1	0,0	10	1,7	0,0	8	1,0	0,0	9	0,9	0,0
45 a 49 anos	9	1,0	0,0	10	1,3	0,0	9	1,0	0,0	1	0,4	0,0
40 a 44 anos	6	1,0	0,0	10	1,4	0,0	20	2,3	0,0	4	0,9	0,0
35 a 39 anos	9	1,0	0,0	12	2,3	0,0	10	1,0	0,0	1	0,2	0,0
30 a 34 anos	6	1,0	0,0	10	1,4	0,0	9	1,0	0,0	1	0,4	0,0
25 a 29 anos	12	1,1	1,0	10	1,3	1,0	10	1,0	1,0	1	0,4	0,0
20 a 24 anos	19	1,0	1,0	6	0,4	0,0	10	1,0	0,0	4	0,9	0,0
15 a 19 anos	10	1,0	1,0	10	1,4	1,0	10	1,0	1,0	1	0,4	0,0
10 a 14 anos	10	1,0	1,0	10	1,4	1,0	10	1,0	1,0	1	0,4	0,0
5 a 9 anos	10	1,0	1,0	10	1,4	1,0	10	1,0	1,0	1	0,4	0,0
0 a 4 anos	10	1,0	1,0	10	1,4	1,0	10	1,0	1,0	1	0,4	0,0
Total	337	100,0	1,6	286	100,0	9,8	418	100,0	6,2	142	100,0	1,2

Faixa Etária	2020			2021			2022			2023*		
	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação	Casos	%	notificação
> 65 anos	175	4,5	100,0	1.207	10,7	100,0	1.170	11,1	100,0	189	17,0	10,0
65 a 69 anos	460	11,1	100,0	1.227	10,8	100,0	1.180	11,6	100,0	192	16,8	10,0
60 a 64 anos	330	5,3	11,7	830	6,5	64,3	969	9,0	71,8	113	10,7	11,8
55 a 59 anos	111	1,0	21,0	341	2,6	24,1	295	3,0	10,4	55	4,8	0,9
50 a 54 anos	31	1,0	12,0	32	1,0	23,0	17	1,1	12,0	11	1,3	1,0
45 a 49 anos	440	5,4	30,5	1.040	6,6	37,6	367	3,1	12,5	39	1,4	1,4
40 a 44 anos	1.030	8,1	10,1	1.205	6,7	61,1	390	3,0	17,2	47	4,1	1,9
35 a 39 anos	1.120	6,8	44,3	1.120	6,1	90,4	546	3,1	10,5	40	3,1	3,1
30 a 34 anos	1.017	11,8	14,8	1.192	11,0	10,0	407	3,0	14,8	10	0,1	1,0
25 a 29 anos	2.240	14,1	13,6	1.170	12,6	10,0	471	6,6	10,0	47	4,1	1,7
20 a 24 anos	2.411	11,6	12,7	1.287	13,1	40,8	1.090	11,0	10,0	50	3,0	14,0
15 a 19 anos	2.011	10,5	12,9	1.207	10,9	12,0	1.146	11,8	10,0	40	2,9	10,0
Total	13.719	100,0	194,2	17.044	100,0	124,4	19.000	100,0	164	1.241	100,0	1,2

650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716

No *slide* abaixo mostrou um panorama dos leitos de UTI pediátrica sob gestão estadual, observando que os leitos não estão pulverizados por todo o estado principalmente pela ausência de mão de obra, sobretudo de médicos intensivistas pediátricos, para expandir a rede em outras macrorregiões e mesmo com esses leitos hoje pulverizados, diante dessa dificuldade expressada, em relação a 2007, o estado teve incremento de 445% dos leitos de UTI tipo 2. Ressaltou que tinha falado do ponto de vista epidemiológico e agora traria dados assistenciais, observando que, quando se analisa o número de solicitações pediátricas que são inseridas no SUREM, infelizmente se percebe um fator inédito, que é o franco crescimento de crianças em tela de regulação, hoje são quase duzentas e sessenta crianças aguardando para serem reguladas e, destas, cento e oitenta e oito crianças aguardando por leito clínico e setenta por leito de UTI, sobretudo na macrorregião Leste.



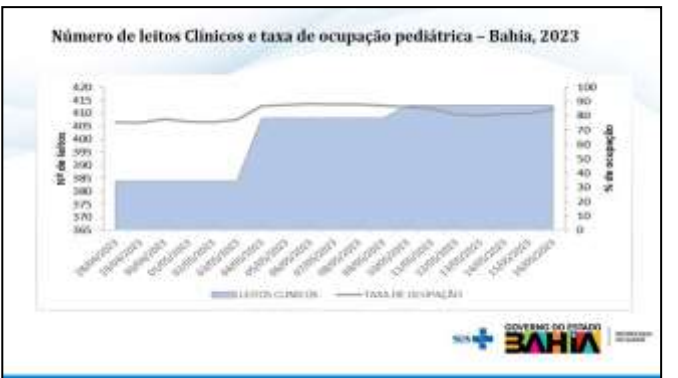
Quando se analisa só pela demanda de UTI na macrorregião Leste a maioria dessas crianças estão em UPA e HPP, em uso de oxigênio de alto fluxo, chamando atenção inclusive das HPP pela questão do oxigênio, de começar a rever para que não tenha ausência de cilindros de oxigênio, entendendo que essa criança pode ficar um pouco mais tempo em tela porque não está conseguindo essa regulação ou muitas vezes tem que vir para Salvador ou para outro lugar, outra macrorregião para ser transferido e pode ter esse problema lá na frente, então é preciso já rever essas questões.

Número de crianças aguardando recurso em tela, por macrorregião - Bahia, 17/maio/2023

Macrorregião	Leitos Clínicos	Leitos UTI
Leste	104	28
Sul	8	7
Centro Leste	22	8
Sudoeste	14	2
Centro-Norte	14	4
Norte	5	4
Nordeste	3	4
Oeste	10	2
IV Macro	3	10
Extremo Sul	4	1
Total	188	70



Mostrou no *slide* abaixo que, quando se olha a ocupação de leitos, mesmo com o incremento de leitos que o Estado tem feito desde então, atualmente a taxa de ocupação de leitos de UTI está em 92%. No *slide* seguinte, o número de leitos clínicos em uma onda azul que tem crescido, mas também a taxa de ocupação tem crescido, então está próximo a 90% de ocupação dos leitos clínicos.



No *slide* seguinte mostrou alguns pontos de alerta como: dificuldade de expansão da rede assistencial; pouca oferta de profissionais intensivistas pediátricos; perfil de crianças com maior gravidade, muitas crianças no tubo, só em uma unidade da rede ontem tinha duas crianças ventiladas internadas, em 24 horas passou para sete crianças entubadas; aumento de demanda por oxigênio, crianças que tem tempo de permanência maior no leito, aí tem um giro leito menor e o pior que é o risco maior de morbimortalidade nessas crianças; proximidade dos festejos juninos, que por si só pode aumentar por demanda assistencial, pois é uma época que as crianças já têm mais infecções respiratórias e pode aumentar essa demanda inclusive em macrorregiões que não dispõe de leitos de UTI pediátricas até o momento; não tem vacina disponível para o Vírus Sincicial Respiratório, mas tem medidas não farmacológicas como o distanciamento, criança quando está gripada não vai para a escola,

etiqueta respiratória, higienização das mãos e higienização de superfície; cobertura vacinal para Influenza em 22% e Pneumocócica em 51%, lembrando que muita dessas crianças que estão internadas em leitos de UTI ou pelo Sincicial ou pela Hepatite B, isso abre portas para outras infecções, sobretudo que temos percebido na prática é de pneumonia multi resistente, inclusive de medicações de amplo espectro como Clavulanato, Amoxicilina, tem se percebido um perfil de crianças resistente a esses antimicrobianos; Co circulação de múltiplos vírus, alguns com alto potencial de transmissibilidade e letalidade. No *slide* seguinte mostrou as ações implementadas pela SESAB assim que se percebeu essa tendência de crescimento dos casos: criação de um Comitê de Crise para enfrentamento à SRAG em crianças com ações emergenciais; ampliação da rede assistencial, com um incremento neste primeiro momento de trinta e nove leitos, vinte e nove já implantados, sendo dezoito clínicos no Martagão Gesteira e hoje temos quinhentos e cinquenta e sete leitos ativos sob gestão estadual; revocação do Hospital Materno Infantil em Ilhéus para esse perfil respiratório; ampla testagem para identificação do painel viral porque é preciso identificar qual é o vírus que está circulando para subsidiar tomada de decisões de saúde pública, então todos os internados nas UTI com quadro respiratório precisam fazer coleta do painel viral, o estado irá comprar mais kits do Multiplex PCR que é um kit que consegue ler até vinte e três vírus, não é um kit barato, mas todas as ações têm sido estendidas para que a gente de fato se consiga frear a circulação do vírus nesse momento; monitoramento das unidades para busca ativa de vagas e aumento do giro-leito nessas unidades hospitalares; estratégias para aumento da cobertura vacinal que é algo que atinge a todos, inclusive gostaria de conchamar os municípios para que façam ações, seja de extensão do horário, enfim várias estratégias que já adotam ou que adotaram para Covid, se fazer um chamamento para essas famílias e pais vacinarem seus filhos, sobretudo para Influenza, que vinham observando agora um crescimento de influência B, que é atingido pela vacina e está com essa cobertura baixa e também da vacina da Pneumo, que está com 51%; fornecimento de Palivizumabe, que é um anticorpo para crianças, uma forma profilática para o Vírus Sincicial Respiratório e tem um público alvo específico, que são principalmente crianças prematuras, cardiopatas, as que têm um sistema respiratório imaturo e que são mais suscetíveis ao agravamento pelo Sincicial; *web* reuniões com especialistas, que serão divulgadas até a próxima semana, vai ter uma com o infectologista Doutor Bandeira e uma pediatra que está na gestão e na rede, para alinharem e conversarem sobre essas medidas.

Pontos de alerta

- Dificuldade de expansão da rede assistencial
- Pouca oferta de profissionais intensivistas pediátricos
- Perfil de crianças com maior gravidade
- Aumento da demanda por oxigênio
- Proximidade dos festejos juninos
- Não há vacina disponível para o VSR
- Cobertura vacinal para Influenza (22%) e Pneumo (51%) abaixo do esperado
- Co-circulação de múltiplos vírus – alguns com alto potencial de transmissibilidade e letalidade



Ações implementadas pela Sesab


- Criação de Comitê de crise para enfrentamento à SRAG em crianças
- Ampliação da rede assistencial: incremento de 39 leitos (29 já disponíveis), alcançando 557 leitos ativos sob gestão estadual
- Revocação do Hospital Materno Infantil em Ilhéus
- Ampla testagem para identificação de painel viral - internados nas UTI com quadro respiratório
- Monitoramento das unidades para busca ativa de vagas e aumento do giro-leito
- Estratégias para aumento da cobertura vacinal
- Fornecimento do Palivizumabe para público alvo
- Web reuniões com especialistas para toda rede assistencial pediátrica






Finalizou solicitando que todos os municípios que fizessem um chamamento e orientassem suas equipes para assistirem a *web* reunião. A **Coordenadora** agradeceu a Priscila Macedo, parabenizando-a pela apresentação objetiva e comentou que, enquanto assistia, tinha pedido a Pablo, da ASCOM, para reforçar as campanhas de vacinação que estão com os indicadores ainda baixos e aproveitou para parabenizar pelo Dia D, a mobilização foi intensa nos municípios. Agradeceu a grande maioria dos municípios, que prontamente aderiram e fizeram um dia diferente, puxando a pauta da sensibilização e só não podendo deixá-la cair, é preciso manter isso firme, pois esse papel é nosso, indelegável e ninguém pode fazer isso, não é o prefeito - se ele fizer ótimo - mas somos todos aqui que tinham que manter essa bandeira que está aí colocada. Argumentou que os indicadores baixos de Influenza levam ainda a esse cenário mais crítico que estavam e lhes angustiava, então estava fazendo esse apelo, não sabia como é o rito, mas achava que poderiam compartilhar essa apresentação internamente, para todos poderem usar isso e pedia também à Comunicação para reforçar as providências que já foram tomadas, o que está sendo feito e o cenário que está posto. Compartilhou ainda que, dentro dessa busca, o Governador não tem sossegado com essa dificuldade dos municípios, porque, de qualquer forma, isso está na pauta da regulação, que praticamente tem sido tratada todos os dias e estão construindo cenários para poderem trazer e compartilhar, a fim de pensarem em alternativas. Então surge a aprovação do Plano de Atenção Hospitalar, que foi levado em um primeiro momento para o Governador, que se sensibilizou com essa pauta e não só autorizou evoluir, como sinalizou para novos módulos de implantação, então também é um sinal do Governador, do reforço do cofinanciamento junto às unidades, claro que dentro de um critério técnico pré-definido, estudado, discutido, construído por todos. E é dentro dessa lógica de que vai evoluir, que pedia a sensibilidade de todos para que, se for aprovado hoje, já encaminhar para a Procuradoria a fim de que possa ter um desfecho positivo que vai ajudar também a condução dos municípios. Dando seguimento, passou para os pontos de **Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 1.1 Aprovação dos estabelecimentos e serviços de saúde componentes da Linha do Cuidado às Pessoas Vivendo com o Vírus HTLV da Região de Saúde de Juazeiro. Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, lembrando que essa é uma pauta constante na CIB, um compromisso que tinham assumido com este desenho dos pontos de atenção, que tem a ver com a suspeita, a confirmação diagnóstica, o manejo e o tratamento das pessoas que convivem com HTLV. Então já estavam na décima terceira região de saúde onde os técnicos e gestores dos municípios se debruçam sobre isso e tinham conseguido aprovar esse desenho regional. Relatou que já foi passado pela área técnica da DIVEP e DGC, que faz toda a parte dos pontos de atenção da gestação e do parto das mulheres que convivem com HTLV e passa pela área técnica da atenção especializada. **Próximo ponto de Pactuação: 1.2 Aprovação do Plano de Atenção Hospitalar - Alcina Romero** ressaltou o prazer de estar trazendo essa pauta, que foi um compromisso que a SESAB assumiu desde 2019, de desenvolver estudos que pudessem lhes

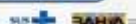
784 levar a fazer uma proposta de um plano de atenção hospitalar com classificação de unidades, com carteira de serviços de
 785 unidades, um plano mais estabelecido inclusive com um incentivo financeiro estadual, entendendo que esse incentivo
 786 financeiro é também uma obrigação da gestão estadual para o financiamento das unidades, embora sabendo que a SESAB
 787 hoje aporta um volume considerável de recurso na atenção hospitalar, mas não de uma forma talvez equânime e é isso que
 788 estavam buscando. Então, como já fazia um tempo que não trabalhavam com isso, considerava importante trazer pelo menos
 789 as linhas gerais do plano para esta plenária, para ser mais disseminado e ficar bem internalizado por todos. Iniciou a
 790 apresentação em *slides*, mostrando o contexto da Atenção Hospitalar da Bahia em fevereiro de 2023, que tem seiscentas e
 791 oito unidades hospitalares, com mais de quarenta e nove mil leitos, 80% disponíveis ao SUS. A última classificação hospitalar
 792 do Estado foi na Resolução CIB nº 255/2009, que amparou a construção, a elaboração e a programação, na PPI de 2009. De
 793 lá para cá muita coisa mudou e precisava de uma atualização, vieram várias portarias, da Rede de Atenção, das Redes
 794 Prioritárias, um entendimento de que é necessário estabelecer o trajeto terapêutico do usuário dentro da proposta de Linhas do
 795 Cuidado, enfim era um momento que precisava mesmo ser feita uma atualização da Atenção Hospitalar do Estado da Bahia.

Plano de Atenção Hospitalar do Estado da Bahia - PAH



Contextualização

-  BA: 608 unidades com mais de 49 mil leitos, dos quais 80% disponíveis ao SUS (CNES, fev. 2023).
-  Classificação Hospitalar de 2009 - Resolução nº 255 CIB demandando atualização
-  Diretrizes do SUS: Rede de Atenção à Saúde, Linhas de Cuidado Prioritárias, Componente Hospitalar das Redes Temáticas




808 No *slide* abaixo - mostrou a situação do porte de hospitais em termos de leito, hoje tem no estado da Bahia quarenta e três
 809 unidades sob gestão estadual, cinco sob gestão federal, trezentos e vinte sob gestão municipal, não estava falando da gestão
 810 financeira - a grande maioria tem gestão dupla - mas da esfera jurídica mesmo, duzentas e quarenta e seis unidades são da
 811 esfera privada, entre filantrópicas e lucrativas. Quanto ao porte, quatrocentas e dezenove dessas unidades hospitalares têm
 812 menos de cinquenta leitos e este é hoje um dos grandes problemas do Estado, não muito diferente de outros estados, mas é
 813 um avanço na Atenção Hospitalar no Estado, 68,2% dos estabelecimentos do Estado possuem menos que cinquenta leitos, o
 814 que representa 29% do total de leitos cadastrados no CNES. Isso acompanha o porte dos municípios, 59% dos municípios têm
 815 menos de vinte mil habitantes, ou seja, são municípios de pequeno porte e 89% dos municípios têm menos de cinquenta mil
 816 habitantes, porém o estado tem um espaço territorial muito grande, com grande variedade de distâncias entre os municípios,
 817 então ao se fazer uma análise da atenção hospitalar, tudo isso tem que ser bem observado.

Estabelecimentos – Hospitais gerais e especializados, Unidade Mista e CPN isolado - com internação segundo a natureza jurídica e nº de leitos (CNES/Tabnet)

ESFERA ADMINISTRATIVA	FAIXA DE LEITOS HOSPITALARES	FAIXA DE LEITOS HOSPITALARES				Total Geral
		< 50 Leitos	Entre 51 e 150 Leitos	Entre 151 e 300 Leitos	Entre 301 a 500 Leitos	
ESTADUAL		4	16	16	6	43
FEDERAL		2	1	2		5
MUNICIPAL		262	55	2		320
PRIVADA		151	78	12	3	244
Total Geral		419	150	34	9	612


68,2% dos estabelecimentos com leitos possuem menos que 50 leitos, o que representa 29% do total de leitos cadastrados



Elevado número de municípios de pequeno porte (IBGE)

Municípios da Bahia segundo porte populacional


59% COM MENOS DE 20.000 HAB
89% COM MENOS DE 50.000 HAB



832 No *slide* seguinte mostrou que a grande justificativa para fazer o Plano de Atenção Hospitalar: a necessidade de fomentar uma
 833 política pública indutora da organização da atenção, com melhor alocação dos recursos disponíveis, fortalecendo as unidades
 834 em suas redes loco regionais, em alinhamento com o propósito político nacional de reforma do modelo de atenção à saúde. E
 835 no outro *slide*, mostrou as etapas, tinham começado a construir este plano em 2019, com a contratação de uma consultoria
 836 feita pela Seleção Brasileira de Saúde Coletiva, um projeto da OPAS, tendo sido realizadas várias oficinas de alinhamento
 837 estratégico, com participação de gestores, consultores, técnicos, com a elaboração do diagnóstico situacional com dados
 838 secundários, esse diagnóstico validado também em oficinas macrorregionais, essas oficinas levantaram, a partir desse
 839 diagnóstico, os macro problemas de cada um dos territórios e veio a proposta de classificação hospitalar por tipologia, e isso foi
 840 feito em 2020, quando veio a pandemia e o trabalho foi interrompido.


JUSTIFICATIVA PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO DE ATENÇÃO HOSPITALAR

Necessidade de fomentar uma política pública indutora da organização da atenção hospitalar, com melhor alocação dos recursos disponíveis, fortalecendo as unidades em suas redes loco regionais, em alinhamento com o propósito político nacional de reforma do modelo de atenção à saúde, no SUS.

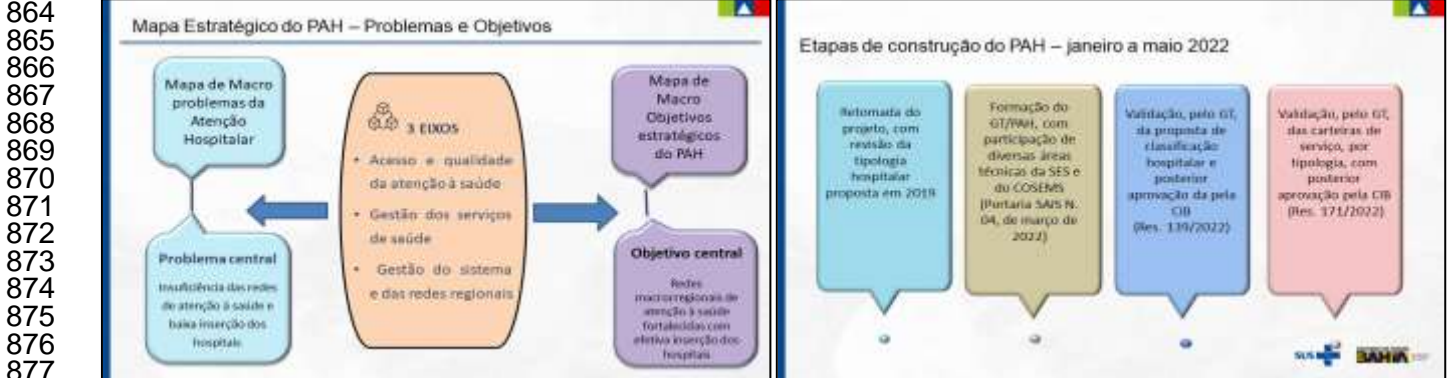


Etapas de construção do PAH - 2019

- Contratação da Consultoria OPAS/Abraço**
Oficinas de Alinhamento Estratégico entre consultores, gestores e técnicos SESAB, COSEMS e CIB
- Construção do diagnóstico situacional com dados secundários**
Oficinas de planejamento e visita técnica a hospitais nas 09 macrorregiões, para validação do diagnóstico
- Definição dos macroproblemas, a partir do diagnóstico situacional**
- Proposta de classificação hospitalar por tipologia**
2020: Interrupção do processo devido à Pandemia



850 No *slide* abaixo mostrou o Mapa Estratégico do PAH e, com relação aos objetivos demarcados em 2019, três eixos eram muito
 851 importantes e serviram para pensarem todo o desenvolvimento do plano: acesso e qualidade da atenção à saúde; gestão dos
 852 serviços; e gestão dos sistemas e das redes regionais. Quanto aos macroproblemas, o problema central que aparecia muito
 853 em todas as nove macro regiões de saúde do Estado foi a insuficiência das redes de atenção e a baixa inserção dos
 854 hospitais nessa rede, como se os hospitais estivessem muito apartados da rede assistencial, como se o hospital fizesse um
 855 muro ao seu redor e como se nada o atingisse. Com relação ao objetivo, foi feito o macroproblema e chegando aos objetivos
 856 estratégicos do Plano, sendo o objetivo central exatamente as redes macrorregionais de atenção à saúde fortalecidas, com
 857 efetiva inserção dos hospitais nessas redes que têm que dar conta das necessidades de saúde daquele território de
 858 abrangência. No outro *slide*, as etapas de construção do PAH, a partir de janeiro de 2022 o trabalho com o plano retornou com
 859 a mesma consultoria, foi formado um GT com a participação de diversas áreas técnicas da SESAB e uma ampla participação
 860 do COSEMS, este GT validou a proposta de classificações hospitalar, que foi aprovada pela Resolução CIB nº 139, em abril
 861 2022 e em junho do mesmo ano foi validada da carteira de serviço por tipologia, ou seja, se classifica os hospitais e cada tipo
 862 de hospital tem uma carteira de serviço ampla, lógico que não tinham se alongado para detalhamento. Então as duas etapas
 863 foram concluídas em 2022.

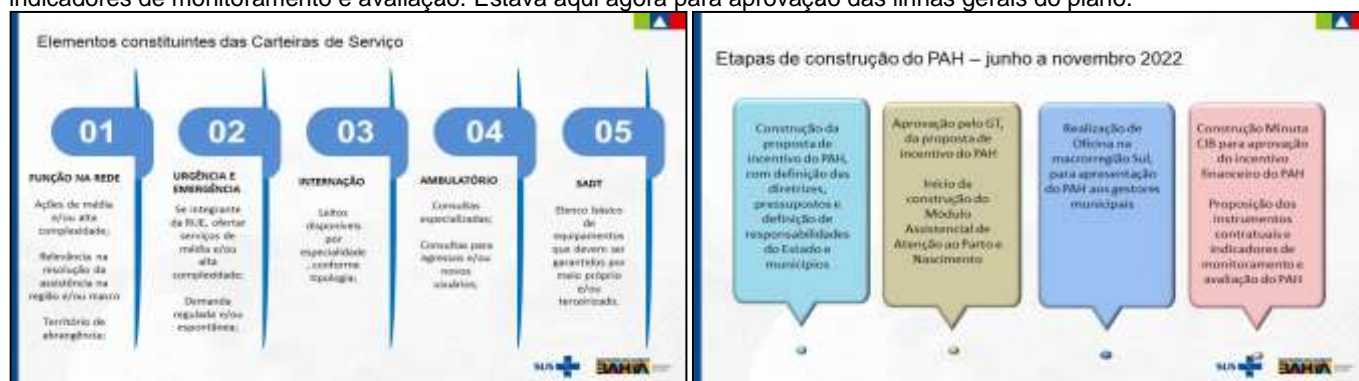


878 No *slide* que segue mostrou que foi usado basicamente para determinar essa tipologia a função na rede, o papel
 879 desempenhado pelo hospital e pela contratualização, que é o centro deste plano, tudo do hospital precisa ser contratualizado
 880 com todas as suas atribuições definidas dentro de um instrumento de relação com o gestor, a abrangência, ou seja, o
 881 levantamento dos serviços, a população de referência e do território, no eixo, ou na dimensão recursos tecnológicos, mais a
 882 carteira de serviços, que é igual à posição na rede em resolutividade, suficiência de serviço resultante, considerando
 883 abrangência e nível, ou seja, isso foi uma equação e, assim, se conseguiu classificar quatrocentas e treze unidades
 884 hospitalares em cinco grandes tipologias: hospital de referência estadual; hospital de referência macrorregional; hospital de
 885 referência regional; hospital complementar de região de saúde; e hospital local. No próximo *slide*, o número de unidades
 886 classificadas foram: quatorze hospitais estaduais; vinte e sete macrorregionais; vinte e sete regionais; cento e vinte e um
 887 complementares; e duzentos e vinte e quatro locais. Esclarecendo por que vinte e sete hospitais regionais, se são vinte e oito
 888 regiões de saúde, disse ser porque tem hospitais macrorregionais que funcionam como macro referência para a macrorregião e
 889 para a própria região.

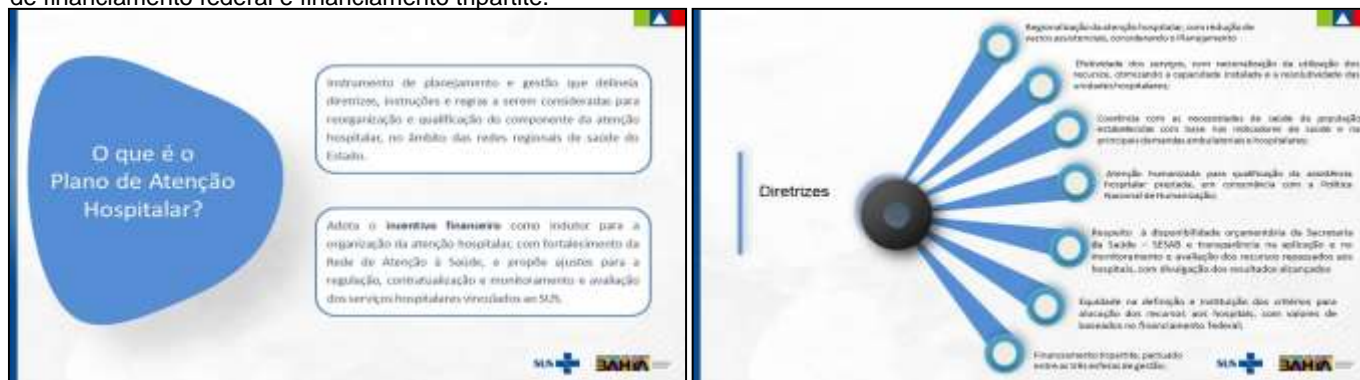


904 No *slide* que segue mostrou os elementos constituintes das carteiras de serviço: **1. Função na rede** - se faz ações de média
 905 e/ou alta complexidade, relevância na resolução da assistência na região e/ou macrorregião, território de abrangência. Relatou
 906 que tinham focado muito no papel de cada unidade. **2. Rede de atenção à urgência e emergência** - se a unidade é integrante
 907 da rede de urgência e, sendo integrante desta rede, se oferta serviços de alta e média complexidade, se a demanda é regulada
 908 ou é uma demanda espontânea para aquele ponto de atenção; **3. Internação hospitalar** - o levantamento dos leitos disponíveis
 909 por especialidade foi o CNES, o que tinham e o que tem, sempre fazendo a ressalva de que reconheciam que, por vários
 910 motivos, o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde não é um sistema que se possa confiar 100%, perseguiam a
 911 confiabilidade do sistema, mas entendiam que, por vários motivos, a unidade nem sempre está atualizada, mas é o que tinham
 912 hoje para trabalharem; **4. Ambulatório** - qual a oferta da unidade, se faz consulta, se faz consulta para egressos, se faz
 913 consulta para novos usuários ou só para egressos da unidade; **5. SADT** - oferta diagnóstico e terapêutica, qual o elenco, os
 914 equipamentos que estão em cada hospital. Então foi um diagnóstico bem robusto a partir desse sistema de informações
 915 secundárias, não se aplicou visita in loco de nada, porque é impossível fazer isso. No outro *slide*, as Etapas de construção do
 916 PAH de junho a novembro 2022. Depois das duas etapas concluídas, as duas resoluções CIB, início da proposta do incentivo

do plano com definição de diretrizes, pressupostos e definição de responsabilidade do estado e de municípios. Aprovação pelo GT da proposta de incentivo e início da construção do Módulo Assistencial de Atenção ao Parto e Nascimento escolhido como prioritário desde o início do trabalho que por conta dos nossos indicadores e por conta de todo o cenário do Estado já se sabia que o foco inicialmente era a atenção ao parto e nascimento. Realização de uma oficina com as quatro regiões da macrorregião sul para apresentação do plano, foi apresentado inclusive toda a proposta do módulo que foi validado. Construção de minuta CIB para aprovação do incentivo financeiro do PAH e proposição dos instrumentos contratuais e indicadores de monitoramento e avaliação. Estava aqui agora para aprovação das linhas gerais do plano.



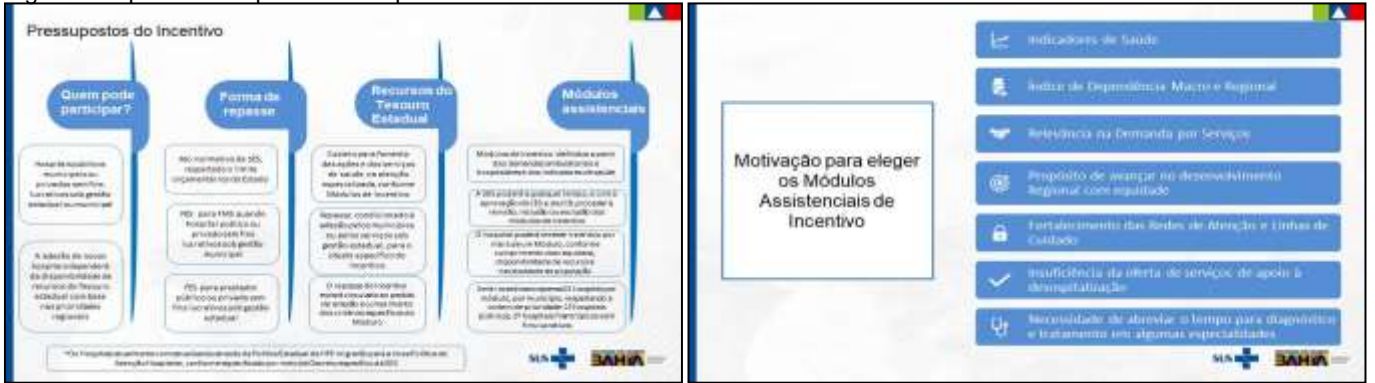
No *slide* abaixo mostrou que o Plano é um instrumento de planejamento de gestão, que delinea diretrizes, instruções e regras a serem consideradas para reorganização e qualificação do componente da atenção hospitalar no âmbito da RAS, adota o incentivo financeiro como indutor para a organização da atenção hospitalar, com fortalecimento da Rede e propõe ajustes para a regulação, contratualização, monitoramento e avaliação dos serviços hospitalares vinculados ao SUS. No outro *slide* mostrou as Diretrizes: regionalização com redução de vazios assistenciais, tem que estar muito em conformidade com o Planejamento Regional Integrado, a oficina na macro Sul foi junto com a oficina do PRI porque não conseguimos entender as duas coisas separadas, a atenção hospitalar precisa estar dentro do Planejamento Regional Integrado; efetividade de serviços com racionalização de recursos, a otimização de capacidade instalada e resolatividade das unidades hospitalares; coerência com as necessidades de saúde da população com base em indicadores; atenção humanizada para qualificação da assistência hospitalar em consonância com a PNH; respeito à disponibilidade orçamentária da Secretaria de Saúde e transparência na aplicação e no monitoramento e avaliação de recursos repassados; equidade na definição e instituição dos critérios para alocação dos recursos aos hospitais com valores baseados no financiamento federal, não foi feito estudos de custo para este financiamento para cada módulo, o financiamento se baseou muito no que tinha mais ou menos de financiamento federal, como se faz com o SAMU 192. O Ministério da Saúde aporta o recurso porque faz estudos robustos - que já estão atrasados inclusive - e o estado financia 50% do valor do Ministério, a lógica foi mais ou menos a mesma, se já tem um financiamento federal no valor de cem reais, em cima desse valor o estado pode determinar um valor, mas sempre baseado em alguma lógica de financiamento federal e financiamento tripartite.



No próximo *slide*, os pressupostos do incentivo: apenas os hospitais públicos, municipais ou privados sem fins lucrativos, sob gestão estadual ou municipal podem participar, sempre em uma lógica de adesão ao incentivo financeiro, que não é obrigatório, mas depende de uma adesão, ou do serviço, ou do gestor. Se for sob gestão municipal, a adesão de novos hospitais dependerá, evidentemente, da disponibilidade de recursos do Estado. Forma de repasse - já foi antecipada a informação de que se fará sempre por módulo e tem vários módulos de financiamento, cada módulo terá um ato normativo do Governo do Estado/Secretaria de Saúde, respeitando o limite orçamentário do Estado. Do Fundo Estadual, a forma de repasse para os hospitais que são públicos sob gestão municipal ou filantrópicos sob gestão municipal é fundo a fundo, do Fundo Estadual para o Fundo Municipal e neste caso a adesão é do gestor do município; do fundo estadual para o prestador público ou privado sem fins lucrativos, quando a unidade estiver sob gestão do estado, ou seja, é filantrópico na gestão estadual, então o repasse será do fundo estadual para o prestador; quando esta unidade está sob gestão do município, o repasse é feito do Fundo Estadual para o Fundo Municipal, que tem a obrigação de fazer o repasse para a unidade hospitalar. Os recursos são do Tesouro Estadual - de custeio para o fomento de ações e serviços de saúde na atenção especializada, conforme módulos de incentivo, repasse condicionado a adesão ou pelos municípios ou pelos serviços e o repasse estará vinculado ao pedido de adesão e ao cumprimento de critérios especificados, cada módulo tem seus critérios. Os módulos assistenciais - definidos a partir das demandas ambulatoriais e hospitalares e dos indicadores de saúde; a qualquer tempo a Secretaria, poderá proceder

984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050

uma inclusão de um novo módulo ou a supressão de um módulo, com a aprovação do Conselho e da CIB e isso não é nada fixo, fica em aberto a possibilidade de novos módulos de incentivo, o hospital poderá receber incentivo por mais de um módulo, conforme cumprimento dos requisitos, ou seja, pode haver um determinado hospital e o estado entra instituindo o módulo para atenção ao parto e nascimento, mas em seguida institui um módulo para internação clínica intermediária, se a unidade atende aos critérios, recebe incentivo no módulo um mais o incentivo do módulo dois. No outro slide, a motivação para eleger os Módulos Assistenciais de Incentivo; os indicadores de saúde; o índice de dependência macrorregional e regional, para isso a própria consultoria fez alguns estudos sobre as dependências regionais e as suficiências e isso determinou as grandes necessidades, o foco desse incentivo; relevância da demanda por serviços; o propósito de avançar no desenvolvimento regional com equidade; o fortalecimento da RAS e das linhas do cuidado; a insuficiência da oferta de serviço de apoio à desospitalização; a necessidade de abreviar o tempo para diagnóstico e tratamento de algumas especialidades esses foram alguns dos problemas que foram mapeados.

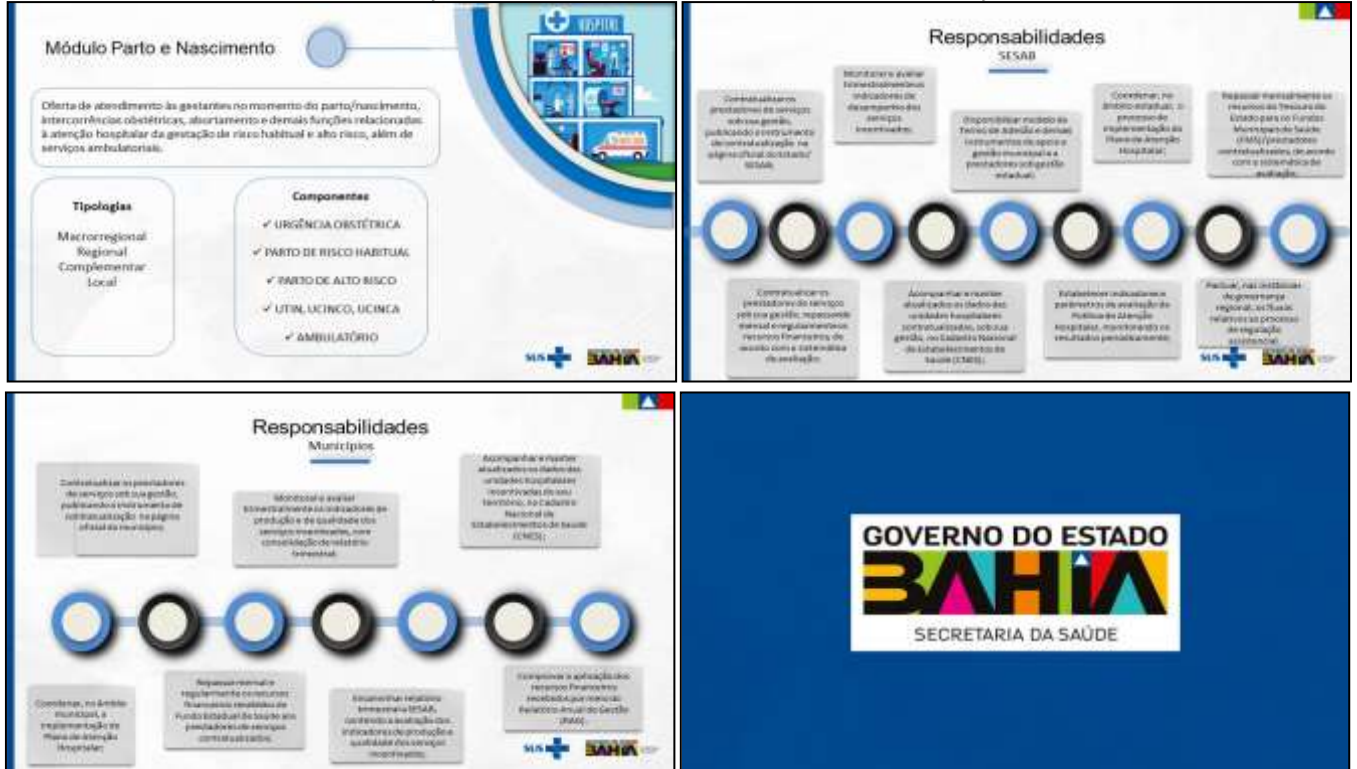


Nos slides abaixo mostrou os elementos constitutivos dos módulos: requisitos, componentes, modelo de repasse, monitoramento e avaliação, e escopo de serviço, então cada módulo tem tudo isso pensado. Mostrou também os principais módulos que serão contemplados na resolução a ser aprovada: Porta de Entrada da Rede de Urgência; UTI Adulto Pediátrica, que já está sendo incentivado mediante credenciamento; Atenção ao Parto e Nascimento; Cirurgia Eletiva de Média Complexidade, que também já vem sendo incentivado; Internação Clínica e Cirúrgica Intermediária, basicamente para hospitais complementares de região, sendo necessário otimizar a capacidade dessas unidades hospitalares intermediárias para se constituírem em retaguarda para hospitais menores e desafogar um pouco os hospitais terciários de tantos pedidos de regulação, entendiam que o hospital local não dispõe e não é mesmo para ter recurso, não se pode pulverizar muitos recursos tecnológicos em tantos hospitais, mas precisavam ter um grupo de hospitais para contribuírem como referências para um grupo de hospitais menores, a fim de de desafogar um pouco, ou seja, no final das contas, hierarquizar a rede; serviço de retaguarda clínica para hospitais estaduais, macrorregionais e regionais; serviço de Onco-hematologia, que é preciso avançar, porque hoje é um dos maiores gargalos do Estado; leitos de saúde mental, se encontravam no bojo de um movimento de atenção para a saúde mental, que precisa muito ser bem vista; e o serviço de infusão de medicamentos não oncológicos, que é outro gargalo na rede, hoje inclusive discutia com o Ministério Público sobre esse gargalo, principalmente para as doenças raras, que hoje não tinham como garantir a infusão de medicamento. Observou que cada módulo ao lado tem a tipologia do hospital que pode ser incentivado, como a unidade para atenção ao parto e nascimento, as quatro tipologias podem ser incentivadas, o hospital local, o complementar, o regional e o macrorregional, lógico que valores diferentes para cada um, por exemplo, serviço de onco-hematologia apenas hospitais classificados como macrorregional ou de referência estadual deverão ser incentivados, sempre lembrando daquelas dimensões que tinham utilizado para a tipologia.



Explicou no slide que segue que no Módulo de Parto e Nascimento, que já é uma decisão do Governador para iniciar e serão incentivados, o objetivo é fortalecer o atendimento às gestantes no momento do parto e nascimento, intercorrências obstétricas, abortamento e demais funções relacionadas à atenção hospitalar da gestação de risco habitual e alto risco, além de serviços ambulatoriais, tentando sempre fazer o parto normal de risco habitual o mais próximo da residência, de uma forma mais humanizada, conforme preconizam hoje as normativas. As quatro tipologias que serão incentivadas: macrorregional, regional, complementar e local. E os componentes: urgência obstétrica, que sabem como é difícil um hospital pequeno manter plantonista 24 horas para atender a esse público, então precisavam sim incentivar o componente urgência, o componente parto de risco habitual, parto de alto risco, a unidade de cuidados progressivos Neonatal, UTIN, UCINCO, UCINCA e o ambulatório de alto risco. Cada tipologia tem os seus componentes a serem incentivados, óbvio que um hospital local não terá incentivo para UTIN, UCINCO, UCINCA e unidade de neonatologia de alto risco, mas será incentivado na urgência obstétrica e no parto de risco habitual. Nos slides seguintes, as responsabilidades gestoras que estão previstas no plano, da gestão estadual e dos municípios, que dizem muito respeito à contratualização, assim, todos os hospitais incentivados deverão ter relação contratual de contratualização com seus gestores e ter monitoramento e avaliação para todos, não pode ser apenas algo da SESAB,

então precisavam monitorar e avaliar o desempenho da unidade, mas como gestão estadual é preciso monitorar muito o resultado dessa política, o que se alcançou de melhoria de indicadores de saúde da população.



Após a apresentação, a **Coordenadora** colocou em aprovação, relatando que tinha conversado com Stela Souza e Alcina Romero sobre a orientação do Governador para que, se for pactuado, fazerem o encaminhamento para a Procuradoria Geral do Estado se manifestar sobre o modelo, já que envolve cofinanciamento e repasse de recurso, e a partir disso o impacto orçamentário que se fez uma estimativa e precisa compor também, por conta do orçamento. **Stela Souza** colocou que já tinha sido apresentado e que no percurso da elaboração desse plano, todos os meses havia a retroalimentação de tudo que estava acontecendo na reunião do Grupo Condutor, em dezembro foi apresentado novamente e já encaminhado para aprovação na CIB, estava faltando esse poder de decisão do Governo do Estado, porque depende realmente do governo aprovar, porque vai interferir em recursos para haver esse incremento, o desenvolvimento desse plano, então para o COSEMS estava tudo ok. A **Coordenadora** considerou **aprovado**, registrando que a apresentação do Plano de Implantação se dará a partir da disponibilidade orçamentária. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 1.3 Solicitação para Priorização de ambulâncias do SAMU 192 de Alagoinhas** - **Alcina Romero** observou que este ponto merecia uma justificativa, argumentando que priorização é uma palavra que dá margem a algumas situações e dizendo que a área técnica estava aprovando o pleito da CIR de Alagoinhas de solicitação ao Ministério da Saúde para ser priorizada a renovação da frota de Unidade de Suporte Avançado de Alagoinhas, porque isso está ligado à pauta da CIB anterior, quando tinha sido aprovada pelo Grupo Condutor de Redes a solicitação ao Ministério de aprovação de priorização da sessão de ambulâncias para o SAMU de Ribeira do Pombal, que hoje é a única região do estado da Bahia com projeto aprovado. Ponderou que foi iniciada uma expansão pelo Município Ribeira do Pombal, porém os outros municípios estão dependendo de ambulância, então não é implantação e sim uma expansão, porque será ligada à Central de Regulação de Urgências Médicas do SAMU de Alagoinhas, por isso, a pedido da CIR de Ribeira Pombal, no mês passado o Grupo Condutor aprovou esta priorização, contudo, neste mês chegou uma justificativa da CIR de Alagoinhas da seguinte maneira: a CIB aprovou a solicitação ao Ministério de priorização para Ribeira do Pombal, porém, por conta da Central de Regulação de Urgência ser em Alagoinhas, o território que está sendo alvo dessa expansão é um território extenso e com apenas um município com ambulância avançada, consequentemente, é óbvio que o Ministério, atendendo ao pedido da CIB passada e encaminhando as ambulâncias para Ribeira do Pombal, Alagoinhas, com suas duas ambulâncias de suporte avançado, obrigatoriamente terá que estender o raio de atuação de suas ambulâncias, porque cobrirá mais municípios e para a frota de Alagoinhas, embora uma das ambulâncias tenha sido renovada em 2019, a Secretária apresentou à CIR de Alagoinhas esse receio de que as duas solicitações descasadas poderiam ter um impacto de, com a vinda das ambulâncias de Ribeira do Pombal, mas a Central de Alagoinhas não conseguir acompanhar por conta de uma frota já mais ou menos sucateada. Fez a ressalva que isso foi observado pela área técnica e foi considerado ok, então estava colocando aqui como pleito pertinente e justificando que não se trata de priorizar por priorizar, porque senão todo mundo teria renovação de frota, porque não tinha como priorizar um ou outro, mas essa priorização foi em cima da necessidade de implantar o SAMU de Ribeira do Pombal, ampliando esses SAMU Alagoinhas/Ribeira do Pombal. A **Coordenadora** colocou em **aprovação e houve consenso**. Em seguida passou para o próximo ponto de **Pactuação: 1.4 Aprovação dos Fluxos de Processos de ampliação/expansão do SAMU 192** - **Alcina Romero** esclareceu que é um fluxo de solicitação, porque às vezes essas solicitações têm um fluxo que ainda não está muito bem estabelecido e a pedido de Nanci Salles, ela tinha se reunido com a Coordenação de Urgência para comporem este desenho. **Daniele Canavarro, Coordenadora da Urgência**, cumprimentou a todos, relatando que apresentaria o fluxo que acontece, mas, como tem alguns contratempos, foi solicitado que organizasse para poder fluir mais tranquilamente. Iniciou a apresentação em *slides*,

1185 as questões de componente. **Stela Souza** concordou que a portaria deixa claro que tem que passar no Grupo Condutor,
1186 inclusive sugeria inserir no fluxograma quando vai para o Grupo Condutor e qual o prazo, sendo assim, tudo bem, mas não
1187 sem inserir o Grupo Condutor, porque está em portaria e a CIB não tem autonomia para isso. A **Coordenadora** sugeriu
1188 fazerem o ajuste no fluxo e levarem como prioridade para a próxima reunião do GCE. Dando seguimento, passou ao próximo
1189 ponto de **Pactuação: 2. GRUPO CONDUTOR DE REDES: 2.1 Assuntos das Redes Temáticas. 2.1.1 Regionalização –**
1190 **Cronograma Oficinas PRI.** Relatou a reunião conduzida por Paulo Barbosa, com seu apoio, sobre a discussão do PRI,
1191 pautando a retomada deste assunto e considerando importante o estado conduzir isso diretamente, pedindo que se fizesse
1192 uma discussão combinada, é preciso discutir sobre a governança regional, que é um assunto importante e o estado discutirá e
1193 conduzirá essa pauta, então, queria falar da prioridade. Relatou ainda que recentemente tinham feito uma reunião com o ISC,
1194 na perspectiva de ajudar no pensamento do planejamento macro da Secretaria, dentre os quais tem os diversos instrumentos
1195 de planejamento PROAD, PES e PRI e tudo o que está pactuado e constantemente vinha falando da necessidade de fazerem
1196 com que esses instrumentos de planejamento se conversem, pois dificilmente se pensará em um instrumento único, a saúde é
1197 grande, complexa, sistêmica, com regras muito bem definidas e não se pode perder de vista um caminho único. Reiterou que o
1198 estado se fará presente nessa discussão e é importante se caminhar com o cronograma, para fazer a definição da governança
1199 territorial no momento correto. **Paulo Barbosa** reiterou a fala da Secretária sobre a reunião pactuada juntamente com o
1200 COSEMS em que estavam presentes a Secretaria de Saúde, o COSEMS e a representação do Ministério da Saúde junto ao
1201 Grupo Condutor e esse convite foi ampliado também para os apoiadores do PROADI e do HAOC, que têm apoiado o estado
1202 nesse projeto do PRI, dois destes apoiadores já fazem parte do Grupo Condutor, mas ampliaram para os demais e também
1203 para a Coordenação do Projeto do HAOC e técnicos da SESAB, principalmente da APG, ligados às ações de planejamento.
1204 Ressaltou que a intenção era alinhar, porque na política está muito bem definido que, na regionalização, a coordenação é do
1205 Estado, mas isso tem que ser feito de maneira articulada com os municípios e com participação do governo federal. Então
1206 nenhum ente pode conduzir esse processo isoladamente, assim, foram convidados os demais atores para essa reunião,
1207 visando retomarem e criarem um alinhamento na condução do processo porque, por parte dos apoiadores do HAOC e de
1208 quem trata do PRI na SESAB, Cristiane Macêdo, uma das técnicas que está à frente desse processo, algumas agendas
1209 precisavam ser cumpridas, sob pena de o processo do PRI ser paralisado. Os pontos que foram citados especificamente: a
1210 realização das oficinas nas macrorregiões de saúde, que tem uma agenda a ser validada; o aspecto da governança
1211 macrorregional, já citado pela Secretária; e a definição do modelo de atenção, principalmente em relação às linhas de atenção
1212 eleitas, que foram a Materno Infantil e a Oncologia. É uma demanda sem a qual não conseguiriam avançar, só que no curto
1213 prazo que tinham, essa agenda com os pontos supracitados está no cronograma, mas não é uma agenda de curto prazo,
1214 então, no entendimento do COSEMS, foi sinalizado que precisavam de tempo para refletirem e discutirem internamente o tema
1215 da governança e por parte da Secretária. Queriam iniciar o debate, mas também precisavam de amadurecimento internamente
1216 na SESAB, em relação a alguns aspectos relacionados a esse modelo de governança, que também é algo que não está muito
1217 amadurecido no Brasil, tem alguns estados que avançaram mais outros menos, mas há diferenças na interpretação de uma
1218 série de coisas, contudo, o importante dessa reunião é que tinham saído com uma agenda alinhada, que incluía sua
1219 apresentação, nesta reunião da CIB, da programação das oficinas macrorregionais, a realização de um simpósio sobre
1220 regionalização e foi formada uma comissão organizadora, composta por membros da SESAB, do COSEMS, do Ministério e
1221 também dos apoiadores do HAOC e serão pensados um programa e uma data, devendo ocorrer no mês de julho, em data a
1222 ser definida e para a próxima reunião do Grupo Condutor ficou sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde fazer a
1223 apresentação do modelo assistencial das Redes de Oncologia e Materno Infantil. Com essa reunião se conseguiu pactuar essa
1224 pauta, o tema da governança é uma coisa que com certeza deverá ser pauta de outras reuniões do Grupo Condutor e entre a
1225 Secretaria de Saúde e o COSEMS. A **Coordenadora** informou que precisaria se ausentar e solicitou a Stela Souza para
1226 continuar com a condução da reunião, agradecendo a todos comentando ainda que tentaria fechar os dados para ter boa
1227 notícia a dar aos municípios, com o fechamento do repasse. **Stela Souza** parabenizou Paulo Barbosa e Cássio Garcia,
1228 ressaltando que há muito tempo não tinham um Grupo Condutor como o de sexta-feira, em que ninguém queria ir embora,
1229 porque tinham avançado bastante e assim seria com todas as pautas, Alcina Romero nunca mais reclamara que não teve
1230 reunião de Grupo Condutor, terá GCE de todas as linhas de cuidado e continuará avançando, assim, agradeceu o empenho da
1231 SESAB, de ficarem realmente na reunião, todos participando do início ao fim e isso é importante para poderem fazer o debate
1232 para, quando trouxerem para a CIB, já estar tudo bem discutido. **Cristiane Macêdo, Técnica da APG**, cumprimentou a todos e
1233 relatou que apresentaria o cronograma das oficinas macrorregionais e discutiriam a capacidade instalada dos territórios
1234 municipais, para evoluírem na discussão da rede de atenção que desejavam, a fim de programar os recursos e então
1235 caminharem com o processo do PRI. Iniciou a apresentação em *slides*, mostrando que tinham tentado conciliar todas as datas
1236 da agenda para não chocar com ninguém, sabendo que tem a Conferência Nacional de Saúde no início de julho, reunião do
1237 Grupo Condutor, Seminário de Regionalização, reunião da CIB, foram apresentadas todas as propostas e em julho não poderia
1238 ocorrer, em setembro também já ficaria comprometido, assim, considerando o mês de agosto, que tem o reunião do GCE no
1239 dia 17 e reunião da CIB dia 24, as oficinas ficaram todas em agosto. Mostrou também em outro *slide* o cronograma, cada
1240 oficina será em um dia inteiro, onde, além de discutirem a capacidade instalada, voltarão a trazer as diretrizes, os objetivos e
1241 as metas, porque é isso que orientará o plano, lembrando a solicitação dos secretários municipais para não fazerem na
1242 segunda-feira nem na sexta-feira - os dias em que se deslocam - então ficou sendo sempre nas terças, quartas e quinta-
1243 feiras, começando com a macrorregião Sul, depois a Extremo-Sul, a Centro-Leste, a Nordeste, a Sudoeste, a Leste, a Oeste, a
1244 Centro-Norte e a Norte, não a desmerecendo, o PEBA já começou com toda força, mas estavam articulando com a Secretária
1245 Estadual e com o grupo de Pernambuco para poderem fazer a oficina deles, porque já estão em outro passo, mas estão
1246 fechando e de preferência ser antes de agosto, pois eles têm um atraso no processo, em relação às demais macrorregiões,
1247 então tem uma CRIE, que é uma Comissão Pernambuco e Bahia que acontecerá em junho e lá já articulará a oficina da Norte.
1248 E finalizou ressaltando que a equipe da SESAB está envolvida, o nível central e o regional, os secretários municipais e seus
1249 técnicos, a equipe do HAOC, as articuladoras do COSEMS, tem também o pessoal do Ministério, então tem que conciliar todo
1250 mundo para não ter choque, inclusive tem alguns apoiadores do HAOC e alguns representantes da SESAB que estão em mais
1251 de uma dessas, por isso tiveram que fazer esse arranjo e a princípio não houve nenhum dissenso na proposta.

1252
1253
1254
1255
1256
1257
1258
1259
1260
1261
1262
1263
1264
1265
1266
1267
1268
1269
1270
1271
1272
1273
1274
1275
1276
1277
1278
1279
1280
1281
1282
1283
1284
1285
1286
1287
1288
1289
1290
1291
1292
1293
1294
1295
1296
1297
1298
1299
1300
1301
1302
1303
1304
1305
1306
1307
1308
1309
1310
1311
1312
1313
1314
1315
1316
1317
1318

Cronograma das Oficinas Macrorregionais

DATA	DIA	MACROREGIÃO
01/ago	Terça-feira	SUL
02/ago	Quarta-feira	EXTREMO SUL
03/ago	Quinta-feira	CENTRO OESTE
04/ago	Terça-feira	NORDESTE
05/ago	Quarta-feira	SUDOESTE
10/ago	Quinta-feira	LESTE
15/ago	Terça-feira	OESTE
16/ago	Quarta-feira	CENTRO NORTE
Aguardando alinhamento com Pernambuco:		NORTE




Paulo Barbosa ponderou que estava sendo sinalizado pelo grupo, porque essas oficinas são feitas com o protagonismo do território, então o que se faz antes das oficinas é a capacitação dos atores do território para a condução das oficinas e tem a sinalização de uma data, 30 de junho, para ser realizada essa oficina, onde tem os representantes das CIR, os apoiadores do COSEMS, os núcleos regionais e tem uma logística que precisariam dar conta, ver em que o COSEMS pode ajudar e em que a Secretaria de Saúde também pode ajudar para a garantia da presença de todas essas pessoas, a ideia é fazerem um dia no hotel, uma estimativa de cem pessoas do GTTM. **Cristiane Macêdo** confirmou a estimativa, lembrando que são oito GTTM, porque a Norte ainda não está e tem representação do secretário ou técnico municipal que não é do município para onde ele vai, então ele teria que se deslocar representando a CIR, tem também os núcleos, a equipe do Ministério, do HAOC e do nível central da SESAB. Dando seguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Pactuação: 3. GASEC: 3.1 Pleitos de municípios de assunção ao Comando Único dos Serviços de Média e Alta Complexidade.** **Cássio Garcia** informou que dois municípios solicitaram e seguiram o fluxo, Anguera e Formosa do Rio Preto, não havendo nenhum impedimento ou algo a ser negociado com a SESAB, possuem hospitais municipais, portanto fazem jus à aprovação do Comando Único, receberão o treinamento da SUREGS, que será agendado, o teto a ser enviado será o de junho e receberão a partir de julho, diretamente no Fundo Municipal de Saúde. **Ponto aprovado.** **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Pactuação: 3.2 Plano Estadual de Segurança do Paciente.** **Silvana Oliveira, Enfermeira responsável pelo Núcleo de Segurança do Paciente e Titular da Câmara Técnica de Qualidade de Segurança do Paciente no CONASS,** cumprimentou a todos e disse que contextualizaria um pouco sobre o que é a Segurança do Paciente antes de entrar no Plano Estadual, que estará disponibilizado na CIB para todos conhecerem na íntegra. Iniciou a apresentação em *slides* mostrando que desde a época de Aristóteles, de Florence Nightingale, sempre se falou de Segurança do Paciente, em 1999 começou o movimento porque os Estados Unidos tinham um grande número de judicialização, então o Instituto de Medicina criou um relatório chamado 'Erros é Humano', ou seja, onde tem pessoas ocorre o erro e o objetivo da Segurança do Paciente é minimizar esse erro. Naquele ano morriam nos Estados Unidos entre quarenta e quatro e noventa e oito mil pessoas vítimas de acidentes de eventos adversos, que na época eram erros assistenciais, o era mais do mortes por neoplasia mamária e acidente automobilístico. Quatro afirmações balizaram esse relatório: o problema dos danos causados por eventos adversos é grave; o principal problema está em sistema falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; a Segurança do Paciente deve ser uma prioridade. Em 2004 a OMS criou um movimento pela Segurança do Paciente do qual o Brasil é signatário e é preciso fazer Segurança do Paciente no Brasil, porque a cada cinco minutos ocorrem três mortes em hospitais públicos e privados, por falhas que poderiam ser evitadas, isso foi um estudo de uma faculdade de Minas Gerais, em 2017. Eventos adversos graves consumiram 2,53 bilhões de reais na saúde suplementar - estudo também de 2017, do Instituto de Saúde Suplementar - e em 2021 a USP fez um estudo nos prontuários do Hospital Universitário e observou que houve uma incidência de 33,7% de eventos adversos e, destes, 22,6% relacionados a cuidados em geral. Segurança do Paciente é uma estrutura de atividades organizadas que cria processos, culturas e procedimentos que reduzem riscos, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos, quando ocorrer. Ressaltou que, quando se fala em Segurança do Paciente, jamais se pode esquecer também da segurança do colaborador, então, tem duas vítimas nesse processo, a primeira é o paciente e a segunda é o colaborador e ainda a instituição, que fica com a imagem manchada na sociedade. Mostrou no *slide* mais adiante que em 2019 foi instituído o Comitê da Segurança do Paciente no primeiro semestre, então a Subsecretaria de Saúde criou o Comitê, juntamente com diretores e superintendentes e a partir deste Comitê foi criado o Núcleo composto por técnicos das diversas áreas, no segundo semestre de 2019. Essas pessoas se reuniram e foi criado o Diagrama Direcionador, que tem quatro elementos primários: estimular a prática assistencial segura; engajar pacientes, familiares e acompanhantes na Segurança do Paciente, este ano inclusive é o tema Internacional de Segurança do Paciente; fortalecer as ações de comunicação da Segurança do Paciente para gestores, profissionais e comunidade; e incluir e ampliar a discussão do tema nas diversas

1319 instituições de ensino. Este ano o Plano Nacional de Segurança do Paciente está completando dez anos e tem ocorrido uma
 1320 pressão maior para que isso comece a ser trabalhado de uma forma mais eficaz nas unidades de uma forma geral, todos os
 1321 hospitais da Rede Própria possuem Núcleo de Segurança do Paciente, mas ainda se vê muitas UPA, unidades de atenção
 1322 primária que não têm, se vê pouco em Policlínicas e é preciso estabelecer realmente um trabalho maior nesses locais.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Contexto, avanços e perspectivas no âmbito da Gestão Estadual


Silvana Oliveira
Enfermeira Sanitarista
Especialista em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente
Membro do IEBRAENSP - Lauro de Freitas
Título de CTOS/SP/CONASS
RT de NESP SESAB



O erro


Em 1999, o relatório "Erro: é impossível construir um sistema de saúde mais seguro" publicado pelo Institute of Medicine da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, concluiu que:

MUITO SAOBOM E MUITO PESSIMO: MORTES E CUSTO COM VITIMAS DE ERROS MORTAIS



Quatro afirmações bolsteram esse relatório:

- O problema dos danos causados por eventos adversos é grave;
- O principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas;
- É necessário redesenhar os sistemas;
- A segurança do paciente deve se tornar uma prioridade.



Por que fazer segurança do paciente?

No Brasil:

- A cada 5 min, ocorrem 3 mortes, em hospitais públicos e privados, por falhas que poderiam ser evitadas (FMDG, 2017);
- Eventos Adversos graves consumiram R\$ 2,59 bilhões na saúde suplementar (IESS, 2017);
- Em 2021, após busca em prontuários em um hospital universitário brasileiro, observou-se que houve uma incidência de 53,7% de eventos adversos e destes 22,8% estão relacionados a cuidados em geral (USP, 2021).



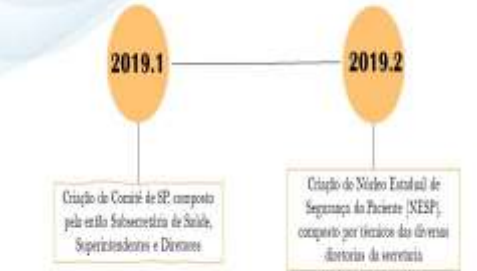

Mas então, o que é Segurança do Paciente?

Uma estrutura de atividades organizadas, que cria processos, culturas e procedimentos que reduzem riscos, tornam os erros menos prováveis e reduzem o impacto dos danos, quando ocorrem.

Uma boa SP evita o surgimento de vítimas, tanto em primeira quanto em segunda instância.




Histórico da Segurança do Paciente na Gestão Estadual



2019.1
Criação do Comitê de SP, composto pelo então Subsecretário de Saúde, Superintendentes e Diretores

2019.2
Criação do Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), composto por líderes das diversas secretarias de secretaria





DIAGRAMA DIRECIONAL: SEGURANÇA DO PACIENTE BAHIA

OBJETIVO	DIRECIONADOR DESEJADO	INDICADOR DESEJADO	ÁREAS DE INTERAÇÃO
Garantir a segurança do paciente em todos os pontos de contato com o sistema de saúde.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Assessoria e promoção à cultura de segurança do paciente em todas as unidades de saúde.
Garantir a segurança do paciente em todos os pontos de contato com o sistema de saúde.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Assessoria e promoção à cultura de segurança do paciente em todas as unidades de saúde.
Garantir a segurança do paciente em todos os pontos de contato com o sistema de saúde.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Assessoria e promoção à cultura de segurança do paciente em todas as unidades de saúde.
Garantir a segurança do paciente em todos os pontos de contato com o sistema de saúde.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Assessoria e promoção à cultura de segurança do paciente em todas as unidades de saúde.
Garantir a segurança do paciente em todos os pontos de contato com o sistema de saúde.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Reduzir a ocorrência de eventos adversos evitáveis.	Assessoria e promoção à cultura de segurança do paciente em todas as unidades de saúde.

Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP)
Elaboração e Construção



1367 No *slide* seguinte mostrou que o PESP teve o compromisso de potencializar a suficiência da Rede de Atenção à Saúde de
 1368 forma regionalizada, ampliando o acesso, garantindo a integralidade e a segurança do paciente; como meta - implantar o Plano
 1369 Estadual de Segurança do Paciente nas regiões de saúde; como iniciativa - apoiar as regiões de saúde na implementação
 1370 desse Plano; e como ações - requalificar o núcleo, elaborar e aprovar o plano, apoiar os gestores municipais em todos os
 1371 níveis de atenção para a disseminação da cultura do paciente nas regiões. No outro *slide*, mostrou que o Comitê é uma
 1372 instância colegiada de caráter consultivo, que possui como principais objetivos propor, validar e avaliar periodicamente as
 1373 ações relacionadas ao tema. E o Núcleo é uma Instância colegiada de caráter deliberativo, que tem como principal finalidade
 1374 promover as ações em conjunto com as unidades, visando a melhoria da Segurança do Paciente no estado.

Principais Diretrizes da SP para o Plano Estadual de Saúde (PES) 2021-2023



Compromisso: Potencializar a suficiência da Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada, ampliando o acesso, garantindo a integralidade e a Segurança do Paciente

Meta: Implementar o Plano Estadual de Segurança do Paciente nas Regiões de Saúde.

Intervenção: Apoiar as Regiões de Saúde na implementação do Plano Estadual de Segurança do Paciente.

Ação: Reguladora e NESP: elaborar e aprovar o PESP e apoiar os gestores municipais (atrelado ao nível de atenção secundária) especializados e hospitais) para a disseminação da cultura de SP em regiões de saúde.



Comitê Estadual de Segurança do Paciente

Instância colegiada, de caráter consultivo

tem como principais objetivos propor, validar e avaliar periodicamente as ações relacionadas ao tema.

Núcleo Estadual de Segurança do Paciente

Instância colegiada, de caráter deliberativo

tem como principal finalidade promover ações em conjunto com as unidades, visando a melhoria da Segurança do Paciente no estado da Bahia.



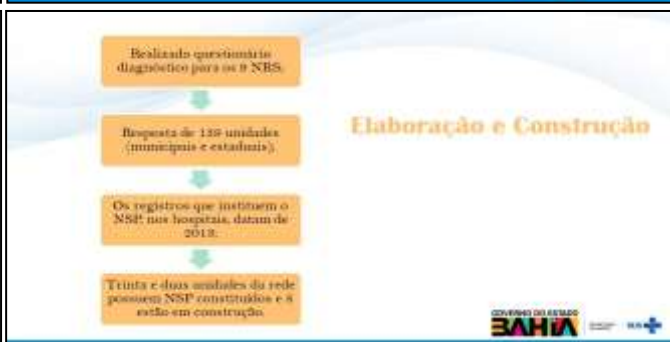
1385 No *slide* abaixo mostrou um pouco do histórico, no início de 2020, durante a pandemia, houve a seleção de uma consultoria para elaboração do Plano Estadual, e apesar desse problema foi possível fazer essa elaboração junto com todos os

1386 municípios, foi enviada uma solicitação para os Núcleos Regionais que dispararam para os municípios e houve uma
 1387 quantidade boa de municípios que aderiram a esse chamamento. No primeiro semestre de 2021 o Plano foi entregue após a
 1388 realização de consulta pública para validação, foram três consultas públicas, além disso esse plano passou pelos técnicos da
 1389 Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo COSEMS e em 2021.2 houve uma ampliação do Núcleo
 1390 com integrantes das diversas diretorias da Secretaria. No *slide* seguinte mostrou as perspectivas: publicização em portaria do
 1391 Núcleo e do Comitê de Segurança; publicização do Plano Estadual de Segurança; definição da localização do Núcleo no
 1392 organograma da SESAB; definição do orçamento destinado à manutenção do Núcleo e estruturação com definição de
 1393 servidores em cada diretoria. As futuras ações: realização do curso de especialização em SP em conjunto com a
 1394 ESPBA/SESAB; qualificação dos coordenadores dos nove núcleos regionais e realização de treinamentos em parceria com a
 1395 ESPBA, dentre outros.

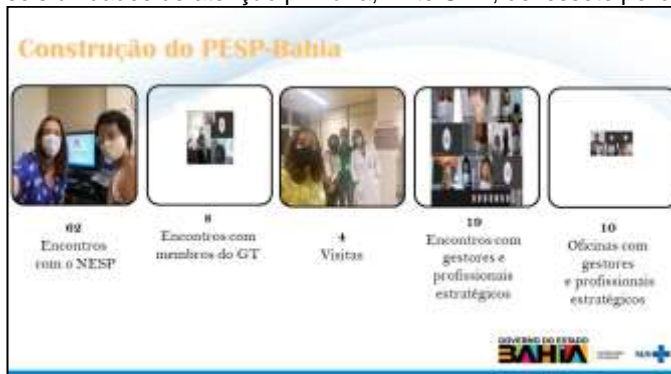
1396 Nos slides abaixo mostrou rapidamente a elaboração e construção do Plano.



- 1409 **Elaboração e Construção**
- 1410 Foram selecionadas previamente diversas unidades (Hospitais, Maternidades, Policlínicas, UPA's) para apoiar o núcleo central na disseminação do PESP Uniduais, a partir dos seguintes critérios:
- 1411 • Unidades indicadas pelos coordenadores/ gestores municipais e/ou dos NIS/SESAB.
 - 1412 • Hospitais e Maternidades de Referência do município, UPAs e Policlínicas, sendo uma em cada Região de Saúde do estado, perfazendo um total de 112 unidades;
 - 1413 • Unidades que participam do Projeto "Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil", do Ministério da Saúde/ PROADI-SUS/MS/HBLEM Porto Seguro, HUPES, HGRS e HGE;
 - 1414 • Apoiadores Institucionais da DAB/SESAB que participam do Projeto de Formação Sobre Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), do Ministério da Saúde/ PROADI-SUS/ Hospital Moínhos de Vento (PROADIS- HMV).

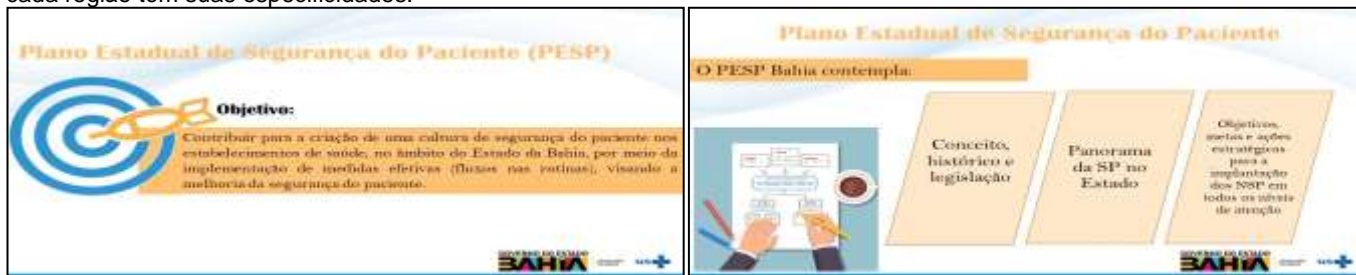


1421 Abaixo mostrou *slides* com alguns momentos da elaboração, relatando que para a construção foram sessenta e dois encontros
 1422 com a consultora, oito com os membros do grupo, quatro visitas em unidades hospitalares de Salvador, dezanove encontros
 1423 com gestões e profissionais estratégicos e dez oficinas com gestores e profissionais estratégicos. E algumas fotos do
 1424 momento, em que cento e trinta e nove unidades participaram dessa elaboração, sendo cinquenta e nove hospitais, trinta e
 1425 seis unidades de atenção primária, vinte UPA, dezessete policlínicas e sete maternidades.



1449 No *slide* abaixo, o objetivo do plano, que é contribuir para a criação de uma cultura de segurança do paciente nos
 1450 estabelecimentos de saúde no Estado da Bahia, por meio de implementação de medidas efetivas, visando a melhoria da
 1451 segurança do paciente. O PESP contempla: conceito, histórico e legislação; panorama da segurança do paciente no estado da
 1452 Bahia; objetivos, metas e ações estratégicas para implantação dos Núcleos em todos os níveis de atenção. Observou que o

1453 Plano não é uma receita de bolo, mas dá meios para que as pessoas construam o seu próprio plano, porque cada unidade e
 1454 cada região têm suas especificidades.



1465 O PESP deverá ser utilizado inicialmente por todos os estabelecimentos de saúde da rede estadual da Bahia, a rede servirá
 1466 como um piloto, porque a ideia é que esse plano seja utilizado por todos do Estado da Bahia para evitar que um funcionário
 1467 saia de uma unidade privada fazendo Segurança do Paciente e chegue em uma unidade pública e não faça, assim, esse plano
 1468 vai servir para todos. A revisão do plano ocorrerá em 2025, ele será revisado e validado após o término de vigência por uma
 1469 comissão instituída pela SESAB.



1479 Finalizando, deixou os contatos do NESP/SESAB, e-mail: [nucleoestadualsp@saude.ba.gov.br/](mailto:nucleoestadualsp@saude.ba.gov.br) e telefone: 3118-8384, e relatou
 1480 que a ideia para esse ano 2023 é trabalharem as unidades de atenção primária, ontem inclusive ocorreu uma reunião com a
 1481 Diretoria de Atenção Primária e a equipe da DGCOP e já começariam a fazer esse trabalho na região de Valença, que é a
 1482 região da Planificação, a Policlínica vai matriciar as unidades de atenção primária. Ressaltou que durante a elaboração do
 1483 Plano tinham imaginado que os hospitais pudessem fazer esse serviço, porém tinham percebido a grande distância entre o que
 1484 é feito no hospital e o que é feito na atenção primária, então precisaria qualificar o pessoal do hospital para trabalhar com
 1485 atenção primária, a Policlínica está mais próxima, então qualificariam esses dois públicos e cada Policlínica matriciará o
 1486 trabalho das unidades de atenção primária. O núcleo será acordado ainda entre os gestores, os grupos de atenção primária e
 1487 as policlínicas, porque podiam conversar entre eles aqui, para resolverem quem vai ficar com esse matriciamento, para
 1488 elaboração do plano. **Marcelo Cerqueira, Secretário Municipal de Saúde de Candeias e Membro da CIB**, cumprimentou a
 1489 todos e colocou que Stela Souza havia lhe pedido para representá-la no evento do dia 8, realizado no Auditório da SESAB,
 1490 onde ele tinha visto as experiências de diversos núcleos, e foi muito positivo, Paulo Barbosa estava presente, vários
 1491 superintendentes e diretores, e observou a sensibilidade da Secretária Roberta Santana na participação do evento, em uma
 1492 segunda-feira pela manhã, e comentou “se a agenda de um secretário municipal é densa em uma segunda pela manhã,
 1493 imaginasse, da Secretária do Estado”, e ela estava lá e tinha inclusive chamado atenção para o número pequeno de pessoas
 1494 no auditório naquela manhã chuvosa. No momento compactuava com aquele sentimento dela, ao ver que o Plano Estadual de
 1495 Segurança chegou, na pauta da CIB, nesse momento em muitos colegas já tiveram que retornar a seus municípios, pois é um
 1496 tema de muita relevância, e esta pauta tem que dominar a agenda dos gestores municipais, pois é um caminho para verem as
 1497 críticas que fazem tão facilmente dos nossos serviços de saúde começarem a ser modificadas. Considerou o trabalho muito
 1498 bom, um produto feito por uma das autoridades no estado em Segurança do Paciente, que é Almerinda Luedwy, juntamente
 1499 com Silvana Lúcia Pereira de Oliveira, vendo frutos também do COSEMS nesse trabalho, com Manuel Miranda, Cristiano
 1500 Sóster, que hoje está no COSEMS, tendo também uma grande contribuição, teve a consulta pública que o COSEMS ajudou
 1501 muito, Marcos Prates e Elisa Costa, da DAB, que também participaram do processo, enfim, é uma coisa que precisa ser mais
 1502 conhecida, ser desmistificado que não é uma coisa de hospital, mas de todos os pontos da rede e o pessoal da DAB fez um
 1503 trabalho brilhante, casando Segurança do Paciente com Planificação. Comentou que foi muito interessante, pena que não tinha
 1504 podido ficar até o final, mas deixara também até o final um representante do núcleo de Segurança do Paciente do Hospital
 1505 Municipal e levantou a necessidade de fazer essa pauta chegar com o mesmo nível de conhecimento a todos os municípios
 1506 para ser abraçada, pois via Segurança do Paciente, qualidade, experiência do paciente como uma evolução, essa é sua
 1507 percepção particular, uma evolução da Política Nacional de Humanização. Tinha sugerido a Alcina Romero poderiam retirar a
 1508 PNH no Plano Estadual de Atenção Hospitalar e colocarem a Política de Segurança do Paciente, ressaltando que essa tem
 1509 que ser uma bandeira de todos que se colocam no lugar do outro na hora de dar atenção e só o que se quer é qualidade,
 1510 segurança e uma experiência exitosa dos pacientes. **Stela Souza** relatou que Marcelo Cerqueira retornou encantado do evento
 1511 e muito feliz, agora é disponibilizarem esse plano e COSEMS e SESAB traçarem algumas metas para fazerem esse
 1512 movimento que Marcelo Cerqueira encabeçará, via COSEMS, para levar aos municípios. Colocou em aprovação e **houve**
 1513 **consenso**. Em seguida passou para o próximo ponto de **Pactuação: 4. GASEC/ COSEMS: 4.1 Portaria GM/MS Nº 544, de**
 1514 **03 de maio de 2023 - Institui procedimentos para execução de despesas em ações e serviços públicos de saúde**
 1515 **autorizadas na Lei Orçamentária Anual de 2023 com base no Art. 8º da Emenda Constitucional nº 126, de 2022.** Colocou
 1516 que o COSEMS colocou essa pauta e que o estado também dissesse se concorda, relatando que tem sido cobrada por vários
 1517 municípios, a CIB também deve ter recebido demandas dos municípios para fazerem o pleito, o estado também, e no caso dos
 1518 municípios precisa ter uma autorização da CIR e da CIB. A preocupação do COSEMS é ficarem esperando acontecer reuniões
 1519 da CIR, não pelo prazo, porque ainda está aberto, mas esperarem ter reunião da CIB. Então, como já tinham feito alguns

1520 movimentos e se o Ministério está aceitando resolução em *ad referendum* para esse processo e já inserirem a resolução e a
 1521 CIB ficar autorizada para emitir a resolução *ad referendum*, essa é a proposta que estavam fazendo para não perderem tempo,
 1522 pois não podiam deixar os municípios esperando acontecer uma reunião da CIR ou da CIB para poderem fechar seus pleitos
 1523 no sistema. **Cássio Garcia** relatou que é uma portaria nova e faria uma apresentação rápida, porque a partir da última
 1524 segunda-feira tem chegado várias solicitações de municípios, principalmente em relação à atenção especializada, está
 1525 acontecendo *Lives* do Ministério da Saúde, tendo começado na última quarta-feira que foi da Atenção Primária, sexta-feira teve
 1526 da Atenção Especializada, segunda-feira teve novamente da Atenção Especializada, começam às 15 horas, cada *Live* dura em
 1527 torno de uma hora e meia e terá outra na próxima sexta-feira. Ressaltou que ainda existem muitas dúvidas, na semana
 1528 passada o próprio Ministério disse algo e dias depois já dizendo outra, com certeza os gestores têm muitas dúvidas, o estado
 1529 também e estavam tentando esclarecer. Maria Bonfim, do FESBA, está acompanhando essas emendas parlamentares, é a
 1530 responsável pelo cadastro do SAIPS e que traria um pouco dos sistemas que o Ministério está exigindo dos municípios e do
 1531 estado, para a inserção dessas propostas. Iniciou a apresentação em *slides*, mostrando que essa portaria estabelece critérios e
 1532 procedimentos para a execução dos recursos destinados ao SUS, são mais de três bilhões de reais para os estados e
 1533 municípios, como Stela Souza falou, vem na esteira da decisão do STF, que declarou inconstitucional o chamado 'orçamento
 1534 secreto', a partir disso foi publicada a Portaria 544, ou seja, morreu o RP9, que era o orçamento secreto e agora foi instituído o
 1535 RP2, que é esta portaria. Os recursos poderão ser usados em ações de estruturação ou assistência emergencial ao custeio de
 1536 unidades na atenção primária ou na atenção especializada.



- Estabelece critérios para a destinação de mais de R\$ 3 bilhões para todos os estados e municípios;
- Esse recurso foi destinado à pasta pelo relator do orçamento após autorização dada pela emenda constitucional nº 126, na esteira da decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), de dezembro de 2022 que declarou inconstitucional o chamado "orçamento secreto";
- Os recursos poderão ser usados em ações de estruturação ou de assistência emergencial ao custeio de unidades e serviço na atenção primária ou na atenção especializada.

1545 No *slide* abaixo mostrou, em relação à estruturação: na Atenção Primária, prioritariamente equipamento médico assistencial,
 1546 unidade de consultório odontológico, unidade odontológica móvel, cadeira odontológica portátil, computadores e demais
 1547 equipamentos, reformas de unidades básicas de saúde e transporte sanitário eletivo. Na semana passada o Ministério da
 1548 Saúde referiu que se destina basicamente a serviços já implantados e que não estão habilitados para o custeio, aqui é
 1549 basicamente para construção e para os equipamentos, então o gestor deve entrar no 'InvestSUS' para fazer o cadastramento.
 1550 Na Atenção Especializada é também na parte de estruturação, construção, reforma e ampliação de CAPS, construção, reforma
 1551 e ampliação de CER, aquisição de acelerador linear para renovação do serviço de radioterapia, construção, reforma
 1552 e ampliação de oficinas ortopédicas, renovação da frota do SAMU e transporte sanitário adaptado e para inserção dessas
 1553 propostas deve-se entrar no 'InvestSUS'. No *slide* seguinte, o ponto que têm recebido mais demanda, tanto atenção básica
 1554 quanto da atenção especializada, que é para o Custeio Emergencial da Atenção Primária, que serão prioritariamente as
 1555 equipes multiprofissionais da atenção primária à saúde, equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e centros de
 1556 especialidades odontológicas, e o Ministério informou que é prioritariamente para equipes que já existem, mas que não
 1557 recebem ainda o financiamento. Argumentou que hoje não tinha podido assistir a *Live*, mas todas estão no *YouTube* e é
 1558 importante os gestores que ainda não assistiram possam verem o que já foi falado e o que está sendo esclarecido, informando
 1559 o *link* para o cadastramento <http://egestorab.saude.gov.br/>. Disse ainda que o Ministério da Saúde já sinalizou que talvez haja
 1560 uma republicação da referida portaria, porque as dúvidas são muitas, quem acompanha o *chat* da *Live* se assusta diante da
 1561 quantidade de dúvidas. Na Assistência Financeira Emergencial, para custeio da Atenção Especializada, prioritariamente, e aí
 1562 está uma dúvida que é geral, a Portaria cita que serão priorizadas as propostas aprovadas em CIB, mas no A 9º, que é da
 1563 Atenção Especializada, e nos artigos anteriores, que tratam da atenção básica, não cita que precisa da resolução CIB. Então
 1564 isso já é uma dúvida que está sendo posta pelos gestores para o estado, pelo menos, a interpretação da Portaria é de que
 1565 somente as demandas da atenção especializada precisam ser priorizadas com resolução CIB, o que pode ser feito é de que
 1566 unidade pública sob gestão de estados, distrito federal e municípios, e custeio de unidades de propriedade ou gerenciadas por
 1567 entidades privadas e sem fins lucrativos - contratadas, conveniadas ou com instrumento congêneres - ou seja, filantrópico que
 1568 tem contrato com o município ou com o estado também pode inserir proposta, só que quem insere as propostas são os
 1569 gestores municipais e o estadual, e é aqui sim que tem essa questão trazido por Stela Souza, da necessidade, claro que todos
 1570 querem, já que a portaria está dizendo que serão priorizadas as propostas com resolução CIB, e que se aprovassem aqui
 1571 essas propostas. O cadastramento de propostas nessa modalidade deve ser feito por meio do sistema SAIPS, no *link*
 1572 <http://saips.saude.gov.br/>

O Fundo Nacional de Saúde- FNS comunica que os procedimentos para encaminhamento das propostas deverão seguir os seguintes critérios, de acordo com o seguinte cenário:

• Estruturação

- ATENÇÃO PRIMÁRIA (Art. 3º) - prioritariamente:
 - I - Equipamentos médico-assistenciais;
 - II - Equipamentos de consultório odontológico;
 - III - Unidades odontológicas móveis;
 - IV - Cadeira odontológica portátil;
 - V - Computadores e demais equipamentos de informática;
 - VI - Reforma de unidades básicas de saúde; e
 - VI - transporte sanitário eletivo;
- ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Art. 5º) - prioritariamente:
 - I - construção, reforma e ampliação de CAPS;
 - II - construção, reforma e ampliação de CER;
 - III - aquisição de acelerador linear para renovação dos serviços de radioterapia;
 - IV - construção, reforma e ampliação de oficinas ortopédicas;
 - V - renovação de frota SAMU 192; e
 - VI - transporte sanitário adaptado;
- O cadastramento de propostas segue as instruções e recomendações disponibilizadas no InvestSUS Gestão, por meio do *link*: <https://investsus.saude.gov.br/>

• Custeio

- ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EMERGENCIAL PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Art. 7º) - prioritariamente:
 - I - de Equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde;
 - II - de Equipes de saúde da família;
 - III - de Equipes de saúde bucal; e
 - IV - de Centros de Especialidades Odontológicas;
- O cadastramento de propostas nessa modalidade deve ser feito por meio do sistema e-gestor AB, no *link*: *Link* do e-gestor: <http://egestorab.saude.gov.br/>
- ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EMERGENCIAL PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Art. 9º) - prioritariamente:
 - I Serão priorizadas propostas aprovadas em Comissão Intergestores Bipartite - CIB
 - II - custeio de unidades públicas sob gestão de Estados, Distrito Federal e Municípios; e
 - III - custeio de unidades de propriedade ou gerenciadas por entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congêneres firmado com o ente beneficiário;
- O cadastramento de propostas nessa modalidade deve ser feito por meio do sistema SAIPS, no *link*: <https://saips.saude.gov.br/>

1586 Agora a diferença é essa da RP2 para RP9, que está dentro dos programas, quem fizer o cadastro ao abrir o SAIPS,
 1587 aparecerão todos os programas, de Oncologia, leitos de UTI, cardiologia, mas, especificamente para o custeio, quem não tem
 1588 aparecerá assistência financeira emergencial para custeio da atenção especializada, o Ministério já tirou essa dúvida na última
 1589 *Live*, sinalizando que quando não aparece para o município é porque o cadastro não está completo, terá que ser atualizado o
 1590 cadastro para assim ele aparecer. Tinham feito hoje essa experiência na SESAB, porque não estava aparecendo e
 1591 imediatamente apareceu para priorizar, dentro dos programas, a assistência financeira emergencial para custeio da atenção
 1592 especializada. Assim, se faz o cadastramento da proposta, se coloca o valor e o Ministério exige pelo menos o *upload* de três
 1593 situações, sendo que dois são obrigatórios, que é o Ofício – e que não está ainda bem claro – em uma *Live* é falado que terá
 1594 um modelo de ofício, em outra *Live* perguntaram se terá modelo, se não será inserido no *site*, enfim é algo muito novo ainda e
 1595 são muitas dúvidas. É pedido um ofício do gestor municipal ou estadual, que deve ser feito o *upload* no SAIPS, se pede
 1596 também o CNES das unidades e o respectivo valor já dentro daquele CNES, é citado até que pode ter até três propostas ou
 1597 uma proposta única com todos os CNES e o terceiro documento, que ajuda na priorização, que é a resolução CIB, ou seja,
 1598 tanto os municípios como o estado, ao inserir sua proposta, vai querer uma resolução CIB aprovando, porque está dizendo na
 1599 portaria que serão priorizadas as propostas com resolução CIB. Relatou que chegaram diversos tipos de ofícios, por exemplo,
 1600 Alagoinhas, tem o ofício solicitando dois milhões, duzentos e oitenta e um mil reais, mas no SAIPS está constando um milhão e
 1601 meio, então tem essas dúvidas que estavam trazendo aqui, porque o município tem dúvidas e o estado também, é natural
 1602 nesse momento. Camaçari também já tem número da proposta no SAIPS, Caravelas está pedindo recurso para consórcio e
 1603 não tem o número da proposta, outra dúvida é se pode ser pedido o recurso para consórcio, a princípio entendiam que não,
 1604 mas, como é tudo novo, Cipó tem o valor de três milhões de reais, Cristópolis não colocou o valor, só pediu que fosse
 1605 aprovado, é uma diversidade grande de pedidos e estava trazendo para sinalizar as suas dúvidas entre outras coisas, como
 1606 também em relação às solicitações que estão chegando, Entre Rios não coloca o estabelecimento, só cita o valor, enfim, todos
 1607 esses municípios, Ribeira do Pombal, Senhor do Bonfim, Prado, Lapão, Itiúba, Sobradinho, Teixeira de Freitas, Vereda, que
 1608 está um ponto de interrogação, porque não é Comando Único, logo, em teoria, não recebe o MAC fundo a fundo, mas está
 1609 pedindo também, então tem muitas dúvidas, de ambos os lados.

- 1610
- 1611 - ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EMERGENCIAL PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
- 1612 - Art. 9º Os recursos para custeio dos serviços de Atenção Especializada serão destinados a propostas apresentadas pelos gestores estaduais, municipais e distrital da saúde para financiamento emergencial de serviços de saúde, com prioridade para custeio de serviços em funcionamento e com solicitação de financiamento em articulação no Ministério da Saúde.
- 1613
- 1614 - § 1º Serão priorizadas propostas aprovadas em Comissão Intergestores Bipartite - CIB.
- 1615
- 1616 - § 2º As propostas de que trata o caput deverão observar os regulamentos afetos a cada um dos serviços a serem financiados emergencialmente.
- 1617
- 1618 - § 3º Os recursos de que trata o caput poderão ser destinados à:
- 1619 I - custeio de unidades públicas sob gestão de Estados, Distrito Federal e Municípios; e
- 1620 II - custeio de unidades de propriedade ou gerenciadas por entidades privadas sem fins lucrativos contratadas, conveniadas ou com instrumento congênera firmado com o ente beneficiado.

Pleitos das SMS encaminhados à CIB

• ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EMERGENCIAL PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

SMS	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)		Nº SAIPS
		OFÍCIO SMS	SAIPS	
ALAGOINHAS	SECRETARIA DE SAÚDE	2.281.748,00	1.300.000,00	173889
CAMAÇARI	SECRETARIA DE SAÚDE	4.978.110,94	4.978.110,94	170977
CARAVELAS	SECRETARIA DE SAÚDE	1.500.000,00	---	1734317
CARAVELAS	CONSÓRCIO	8.000.000,00	---	?
CIPÓ	SECRETARIA DE SAÚDE	3.000.000,00	3.000.000,00	?
CRISTÓPOLIS	---	---	---	---
ENTRE RIOS	---	1.452.228,00	---	174488
SABINA	SECRETARIA DE SAÚDE	1.000.000,00	---	173678

1621 Mostrou no *slide* abaixo que tem pedido também de incremento temporário de Salvador e Mundo Novo, para sinalizar, porque
 1622 não sabiam se tem relação com a Portaria 455, mas é pauta do COSEMS. Esse é o cenário do que tem hoje em relação às
 1623 solicitações da 544 e que precisa ter uma definição aqui na CIB sobre como agirem, porque teriam CIB apenas no dia 15 de
 1624 junho e na *Live* da primeira semana, o Ministério não sinalizou nenhum nenhuma data como prazo para a atenção básica. Nas
 1625 outras *lives* se falou em 4 de junho, mas não se sabe se é até 4 de junho ou a partir de junho, porque o sistema estará todo ok,
 1626 tem dúvidas quanto a essa data, então como terá mais uma *Live* na sexta-feira, esperavam tirar essas dúvidas no decorrer da
 1627 *live*, porque está realmente bastante confusa essa situação da 544.

Pleitos das SMS encaminhados à CIB

• ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EMERGENCIAL PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

SMS	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)		Nº SAIPS
		OFÍCIO SMS	SAIPS	
ITIÚBA	SECRETARIA DE SAÚDE	2.500.000,00	2.500.000,00	?
LAPÃO	SECRETARIA DE SAÚDE	---	2.500.000,00	173838
PRADO	SECRETARIA DE SAÚDE	4.500.000,00	?	179717
PRESIDENTE TANCREDO NEVES	SECRETARIA DE SAÚDE	300.000,00	300.000,00	174011
RIBEIRA DO POMBAL	SECRETARIA DE SAÚDE	10.186.045,50	---	---
SENHOR DO BONFIM	SECRETARIA DE SAÚDE	899.952,00	899.952,00	173647
---	SECRETARIA DE SAÚDE	1.995.000,00	1.995.000,00	179420
SOBRADINHO	SECRETARIA DE SAÚDE	2.000.000,00	2.000.000,00	173752

Pleitos das SMS encaminhados à CIB

• ASSISTÊNCIA FINANCEIRA EMERGENCIAL PARA CUSTEIO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

SMS	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)		Nº SAIPS
		OFÍCIO SMS	SAIPS	
TEIXEIRA DE FREITAS	SECRETARIA DE SAÚDE	490.000,00	---	173802
VEREDA	SECRETARIA DE SAÚDE	2.500.000,00	?	174254
ITACARE	SECRETARIA DE SAÚDE	900.000,00	---	173881
TUCANO	SECRETARIA DE SAÚDE	2.317.032,00	---	---
ITUBERA	?	4.000.000,00	?	174551
SÍTIO DO MARO	?	1.710.857,60	?	174528
CARDEAL DA SILVA	SECRETARIA DE SAÚDE	300.000,00	300.000,00	174206
ENCAPLHADA	?	?	?	174603

Pleitos das SMS encaminhados à CIB

• INCREMENTO TEMPORÁRIO MAC

SMS	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)		Nº SAIPS
		OFÍCIO SMS	SAIPS	
SALVADOR	SECRETARIA DE SAÚDE	22.000.000,00	---	174015
MUNDO NOVO	---	1.014.810,00	---	---

1653
1654 **Stela Souza** agradeceu a Cássio Garcia por ter feito essa revisita, enfatizando que os municípios precisam mesmo ser
1655 orientados, pois nem as *lives* nem a portaria esclarecem tudo e o importante é que estavam colocando no programa e depois o
1656 relator é que indicará, ninguém pensasse que será um 'programa', entre aspas porque não é mais secreto, mas é o deputado,
1657 o prefeito é que vai lá e olha, é assim que vai acontecer e como o recursos é escasso, vai acabar, assim, Sul e Sudeste correm
1658 e puxam todo o recurso, como sempre acontece. Então tinha uma proposta, fechando o primeiro encaminhamento, que é o que
1659 motivou colocarem essa portaria em pauta. Assim, sugeriu trabalharem com uma lógica de que todos teriam resolução CIB
1660 porque, se precisasse colocar, já a teriam, inclusive porque já é uma constante do Ministério, depois que se manda tudo de
1661 última hora quererem a resolução. Outra coisa, algumas áreas do Ministério estão informando que precisa sim da resolução,
1662 então como tem essa dúvida internamente, é bom fazerem para a atenção especializada e para a atenção básica, já que não
1663 há nenhum impedimento em fazer resolução. **Cássio Garcia** disse que Bomfim tinha acabado de assistir a *Live* e informou que
1664 o prazo é 04 de junho, relatando que tinha entendido isso também na última *Live* de segunda-feira e lembrando que até lá não
1665 terá CIB. **Stela Souza** ponderou sobre a necessidade de um fluxo para orientar os municípios, para não fazerem um ofício sem
1666 dizerem o querem e nem o valor, uma resolução baseada em quê, então que se fizesse uma orientação para dizer pelo menos
1667 o que colocar de informação. Ressaltou que não sabia que a SESAB tinha acesso ao SAIPS dos municípios para poder olhar o
1668 cadastro e **Cássio Garcia** esclareceu que não tem, estavam vendo pelos processos que os municípios pedem por meio de
1669 ofícios e printavam a tela do SAIPS. **Stela Souza** sugeriu pensarem em um modelo para os secretários ou gestores terem
1670 como encaminhar à CIB e questionou se o filantrópico também pode fazer diretamente para a CIB. **Nanci Salles** observou que
1671 inicialmente tinha sido colocado para se passar em CIR e depois na CIB, mas, em virtude do prazo de 4 de junho, achava que
1672 não dariam conta de passar em CIR. Outra coisa é em relação aos ofícios que já chegaram, será preciso instruir melhor os
1673 gestores, porque só em alguns casos informaram o valor e o número do SAIPS, mas colocaram como estabelecimento a
1674 Secretaria de Saúde, não informaram quais são os estabelecimentos a serem contemplados com o montante de recurso a ser
1675 custeado. **Stela Souza** colocou que poderiam pactuar de verem esse modelo para mandar aos municípios, fazerem logo uma
1676 cobrança para os que já enviaram e um informe para os apoiadores encaminharem a todos os municípios, informando a
1677 necessidade de passar na CIB e os dados que tinham que enviar. **Paulo Barbosa** sugeriu fazerem uma força tarefa até o dia 4
1678 de junho, para instruir os municípios, e relatando que tinha conversado com alguns conhecidos no Ministério da Saúde e o que
1679 ele tinha procurado fazer na verdade foi uma política de redução de dano, tinha priorizado áreas mais estratégicas, pelo menos
1680 para garantir que o recurso vá para aquele lugar, o resto não tem garantia de nada, a decisão estará no Congresso, logo,
1681 quanto mais proposta fosse, melhor seria. **Stela Souza** concordou, acrescentando que poderiam combinar com Cássio Garcia
1682 e Nanci Salles para verem o detalhamento e construir esse modelo, considerando necessário fazerem uma resolução
1683 autorizando a CIB a publicar em *ad referendum*, tinham que ter esse documento para assinarem junto com a Secretária.
1684 **Cássio Garcia** lembrou que o Ministério deixou claro nas *lives* que aceita resolução em *ad referendum* e **Stela Souza** disse
1685 que, mesmo assim, a CIB precisa ter autorização para não esperar nada, uma vez tendo chegado, já encaminhar. **Cássio**
1686 **Garcia** respondeu, esclarecendo sobre os filantrópicos colocados por Stela Souza, que no antigo RP9 acessavam o acesso
1687 parlamentar e podiam cadastrar, inclusive já chegou para a SESAB e já estavam fazendo o diagnóstico internamente, ofício
1688 indicando filantrópicos que o estado tem contratos para fazer, mas tem que dar a justificativa para esse recurso, e os
1689 municípios sabem a justificativa para o recurso, mas e o estado? – perguntou - justificará o quê do filantrópico? Terá que
1690 dialogar para pedir informações sobre como será usado esse recurso, afinal estavam também aprendendo com a demanda que
1691 vai chegando. **Stela Souza** colocou em aprovação a resolução em *ad referendum* referente à Portaria e para o detalhamento, o
1692 Ministério teria que repassar mais esclarecimentos, porque pelo visto mudariam todos os dias, mas não deixariam de fazer, não
1693 correriam o risco. **Nanci Salles** questionou se o ofício passaria em CIR ou se veria diretamente para a CIB, ou se mandaria
1694 diretamente para a CIB e daria conhecimento ao Conselho Municipal de Saúde. **Cássio Garcia** relatou que para muitos ofícios
1695 que estão vindo já foi dado conhecimento ao Conselho Municipal de Saúde, tem uns que nem tem valor, mas tem outros que
1696 estão completos. Dando seguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Pactuação: 4.2 Municípios de Salvador e**
1697 **de Mundo Novo solicitam Resolução CIB/BA para incremento de teto de Média e Alta Complexidade – MAC, no valor**
1698 **de R\$ 22.000.000,00 e 1.018.810,00, respectivamente, junto ao Ministério da Saúde, referente aos serviços**
1699 **implementados no Hospital Municipal de Salvador e para a manutenção das ações de MAC de Mundo Novo.** Relatou
1700 que os dois são parcela única e o COSEMS colocou em pauta esses dois pleitos porque não tem nada a ver com a portaria
1701 544, então, trata-se de conversa que já tinham tido com o Ministério, nesse caso é recomposição do Hospital Municipal de
1702 Salvador e, segundo informação da Secretária Municipal, que não pôde estar presente, quando o Hospital Municipal foi
1703 implantado, lhe parecia que o Ministério da Saúde cobriu 85% do valor de custeio da unidade, hoje está custeando em torno de
1704 30 ou 35%, é isso mesmo que acontece. Como tem essa portaria publicada hoje, dos recursos para várias unidades da rede
1705 própria do Estado - a Secretária inclusive comentou no início da reunião sobre as Policlínicas e os hospitais da Rede Própria -
1706 é uma necessidade, principalmente do estado e dos municípios grandes que também têm essa dificuldade, se não acabam
1707 fechando porque não aguentam, não dão conta, sendo assim, o COSEMS defende a aprovação desses dois pleitos. **Ana**
1708 **Laura Curci, Técnica da SMS Salvador,** cumprimentou a todos e colocou que Salvador teve um aporte inicial de setenta e
1709 dois milhões de reais, à época da inauguração do hospital, ao longo do período se conseguiu uma primeira recomposição de
1710 teto em função do funcionamento, esse recurso subiu para oitenta e um milhões, de reais, mas o custo do hospital, até pela
1711 implementação do serviço, o tempo entre o serviço funcionar e se conseguir as efetivas habilitações pelo Ministério da Saúde,
1712 isso fez com que hoje o custo operacional do hospital dobrasse em relação à previsão inicial. Desse modo, hoje tem um
1713 contrato na casa, de cento e quarenta e quatro milhões de reais/ano e um recurso financeiro de participação federal muito
1714 aquém da realidade do que é o investimento do município. Hoje o município assume muito mais do que 50% da participação
1715 dos recursos totais e na verdade o peito não é nem para recomposição definitiva do teto financeiro, é uma parcela única para
1716 conseguirem manter o grau de investimento que o município vem fazendo com a incorporação de novas especialidades, a
1717 exemplo do serviço de Urologia, o município vem tentando colocar em funcionamento um serviço de hemodinâmica para dar
1718 vazão aos pacientes da parte vascular, que é um problema da região de Salvador, então se conseguiu, através da Secretária,
1719 a possibilidade de terem esses vinte e dois milhões de reais, em parcela única e estavam solicitando uma resolução para isso.

1720 **Stela Souza** colocou em aprovação as solicitações de Salvador e Mundo Novo, referentes ao **ponto 4.2 e houve consenso**.
1721 Ela registrou a presença do Secretário Michel Oliveira, de Xique-Xique, que tinha lhe falado sobre uma demanda que não está
1722 na pauta e Cássio Garcia lhe disse que já haviam mapeado o processo que veio como readequação, então seguiu outro
1723 caminho, mas já estavam corrigindo o rumo do processo e entrará na linha do que já foi conversado com Nanci Salles. **Paulo**
1724 **Barbosa** comunicou o que Presidente do Conselho Estadual de Saúde havia informado, de que está garantida a hospedagem
1725 dos gestores na Conferência Estadual de Saúde. Em seguida **Stela Souza** agradeceu a presença de todos, declarou
1726 encerrada a sessão e confirmando a próxima reunião ordinária da CIB para 15 de junho de 2023. Não havendo mais o que
1727 tratar, após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo da Secretaria Executiva da CIB (Silvana Salume), e sua revisão pelo
1728 núcleo técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavro a presente Ata, que
1729 será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 17 de maio de 2023.

1730 Membros Titulares:

1731 Roberta Silva de Carvalho Santana _____

1732 Stela dos Santos Souza _____

1733 Cássio André Garcia _____

1734 Igor Lobão Ferraz Ribeiro _____

1735 Raquel Ferraz da Costa _____

1736 João Rodrigues de Góes Junior _____

1737 Jacklene Mirne Gonçalves Santos _____

1738 Membros Suplentes:

1739 Paulo José Bastos Barbosa _____

1740 Janaina Peralta de Souza _____

1741 Maria Alcina Romero Boullosa _____

1742 Paula França Rocha _____

1743 Marcelo de Jesus Cerqueira _____

1744 Ernesto da Costa Lima Júnior _____