

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Bahia

**Salvador – Bahia
2019-2022**

Governo do Estado da Bahia

Rui Costa

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB

Fábio Vilas Boas

Subsecretaria da Saúde do Estado da Bahia

Adil José Duarte Filho

Chefia de Gabinete

Nelma Carneiro Araujo

Diretoria Executiva do Fundo Estadual de Saúde - FESBA

Luis Claudio Guimarães Souza

Diretoria da Auditoria do SUS-BA

Jean Carla de Lima

Coordenação de Controle Interno – CI

Waldelio Almeida de Oliveira Filho

Coordenação da Ouvidoria do SUS-BA

Celurdes Alves Carvalho

Coordenação do Apoio do Gabinete do Secretário – GASEC

Jundiara Lemos Gaspar

Assessoria de Comunicação – ASCOM

Pablo Vinícius Silva Barbosa

Superintendência de Recursos Humanos - SUPERH

Maria do Rosário Costa Muricy

Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS

Jassicon Queiroz dos Santos

Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde –

SUREGS

Ana Paula Dias de Santana Andrade

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA

Rívia Mary de Barros

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde -

SAFTEC

Luiz Henrique Gonzales Dutra

Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia - HEMOBA

Fernando Luiz Vieira de Araújo

Conselho Estadual de Saúde da Bahia – CES

Presidente

Ricardo Luiz Dias Mendonça

Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS BA

Presidente

Stela dos Santos Souza

Vice-presidente

Rodrigo Kuada Soares

Coordenação do Plano: Superintendência de Recursos Humanos

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Bruno Guimarães de Almeida

Diretoria de Administração de Recursos Humanos

Rosa Ceci de Oliveira Santos

**Diretoria da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de
Magalhaes Netto**

Marcele Carneiro Paim

Diretoria da Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis

Marília Santos Fontoura

Secretaria Executiva da CIES BA

Laíse Rezende de Andrade

Equipe Técnica de sistematização do Plano:

Andrea Gomes	Bruno Guimarães
Jamile Lima	Laíse Rezende
Luciano Moura	Marcele Paim
Marília Fontoura	Rosane Aline Pedreira

Revisão final do Plano:

Bruno Guimarães

Laíse Rezende

**Equipe Técnica que colaborou para
construção do Plano:**

Aline Costa - DAE
Ana Carolina Gouveia - DGRP
Ana Cristina Rebouças - SUVISA
Analuz Azevedo- DIVAST
Andrea Gomes - ESPBA
Antonio Barreto - DASF
Célia Monteiro - LACEN
Clarissa Campos - DGC
Derbeth Carmo- ESPBA
Florsina Freitas - DIVEP
Iolanda Souza - ESPBA
José Filho - DIVEP
Kally Silva - DAB
Maria Claudina Miranda - DITEC
Maria Djanira Leão - SUVISA
Maria Heloisa Pires - DIVEP
Marília Fontoura - ESPBA
Rosane Pedreira - ESPBA
Rosane Silva - DAB
Valdenise Souza - LACEN

Equipe Técnica responsável pelos

Encontros Regionais de EPS:

Adriana Santos - ESPBA
Aline Gomes - ESPBA
Ana Carla Fonseca - DASF
Ana Clélia Góes - ESPBA
Ana Flávia Cruz - DGTEs
Andrea Gomes - ESPBA
Angélica Menezes - DGTEs
Barbara Pedreira - ESPBA
Bruno Guimarães - DGTEs
Caique Costa - ESPBA
Cíntia Conceição - DGTEs
Claudia Souza - ESPBA
Débora Vieira - SAFTEC
Derbeth Carmo - ESPBA
Dilza Silva - ESPBA
Éria Bowes - DGTEs
Geisa Plácido - ESPBA
Iara Lucena - ESPBA
Iêda Santos - ESPBA
Isabela Andrade - ESPBA
Ivani Vasconcelos - ESPBA
Izabelle Câmara - ESPBA
Izilma Abreu - ESPBA
Jamile Lima - ESPBA
Joelma Barbosa- ESPBA
Josinete Souza - ESPBA
Laíse Andrade - ESPBA
Liana Santiago - ESPBA
Lília Lima - ESPBA
Luciana Alves - ESPBA
Luciano Moura - DGTEs
Marcele Paim -ESPBA
Márcia Miranda - DIVAST
Maria Claudina Miranda - DITEC
Maria Cristina Fonseca - SUREGS
Marília Fontoura - ESPBA
Milena Assis - ESPBA
Patrícia Araújo - ESPBA
Priscila Macedo - DGTEs
Rafael Silva - ESPBA
Rafael Veloso - ESPBA
Rejane Andrade - DGTEs
Renivaldo Freitas - ESPBA
Rita Gomes - DIVAST
Rosana Adorno - DGTEs
Rosane Pedreira - ESPBA
Sheila Bahia - DGC
Shirlei Xavier - ESPBA
Silvio Roberto Silva - CES

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurou um sistema público de saúde universal, integral, equânime e descentralizado, ampliou a rede de cobertura, o planejamento da saúde, garantiu recursos financeiros para o desenvolvimento de ações além de incluir instâncias de negociação e participação entre gestores e representantes do controle social (BRASIL, 1990, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), em aliança com os Estados e Municípios, ao pensar estratégias para organização da rede assistencial, vem buscando estimular a organização das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde com efetividade e eficiência, privilegiando o espaço regional como locus no qual devem ser asseguradas as pactuações das responsabilidades e a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta entre os entes federados (BRASIL, 2010).

Definidas “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” sendo o “usuário o centro do cuidado, visto como um sujeito integral que busca acesso aos serviços de saúde por diversas portas de entrada como exercício de cidadania”, as redes de atenção são organizadas com base nas diretrizes regulamentadas pela portaria nº 4.279/2010. A conformação dessas redes necessita do estímulo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010, 2011).

Nesse sentido, a reorganização da atenção no território, processo de regionalização da atenção por meio da conformação de regiões de saúde, foi reforçado com a publicação do decreto nº 7508/11 que, em seu art. 7º, retratou a constituição das regiões de saúde, onde os municípios deveriam se atentar para os limites geográficos, população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e as respectivas responsabilidades; critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços entre os municípios limítrofes que as integrarão (BRASIL, 2011).

No estado da Bahia o processo de regionalização e, conseqüentemente, definição das regiões de saúde baseou-se nos principais instrumentos de planejamento de organização territorial a exemplo do Plano Diretor de Regionalização (PDR); de investimento, o Plano Diretor de Investimento (PDI) e de ações e serviços, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). Tais instrumentos foram utilizados a fim de responder ao princípio constitucional da integralidade na saúde sendo a regionalização caracterizada pela integração de redes de atenção a saúde de âmbito municipal e, em redes de atenção a saúde micro e macrorregional. (VIANA; LIMA, 2011, p.15).

O espaço geográfico do Estado da Bahia passou então a ser definido com 28 regiões de saúde que se aglutinam em 09 macrorregiões de Saúde, onde os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), descentralização administrativa da secretaria de saúde, em número de nove, superpõe o mesmo espaço geográfico que correspondem às macrorregiões definidas no PDR. Entretanto, o planejamento e a programação regional continuam sendo negociados nas 28 Regiões de Saúde através das Comissões Intergestores regionais (CIR) (BAHIA, 2014).

No entanto, apesar dos avanços alguns desafios se mantêm como o modelo de atenção biomédico e hospitalocêntrico; a escassez de recursos financeiros; as decisões gerenciais verticalizadas; a participação popular incipiente para o controle social; a baixa cobertura da atenção básica e a fragmentação do processo de trabalho na saúde. Estes fragilizam a rede de atenção ocasionando lotação nas unidades hospitalares, sobrecarga de trabalho e descaso com a população, impactando assim, na qualidade do cuidado prestado aos usuários e na saúde dos trabalhadores da rede assistencial.

Frente a isso, a necessidade de se planejar processos educativos na saúde que contribuam com a superação dessa problemática, presente nos contextos da gestão e dos serviços de saúde, se mostra necessária enquanto proposta de contornar o desajustamento técnico, gestor e assistencial às necessidades dos serviços e os problemas de saúde da população.

Em 2011, Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (Superh), por meio de suas Diretorias e Escola aprovou, no Conselho Estadual de Saúde (CES) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES), que entre suas linhas de ação, contempla a consolidação da educação

na saúde onde se compreende a educação como um ato criativo, comunicativo, de co-responsabilização e produtor de sentidos e significados, capaz de provocar mudanças nos sujeitos e nas suas práticas, contribuindo assim, para a humanização da atenção à saúde e democratização da gestão do SUS. Neste contexto a educação permanente se apresenta, como uma estratégia técnica político-pedagógica, que, potencializa a gestão do trabalho, visando não apenas qualificar os trabalhadores, mas também melhorar a atenção, a gestão do sistema de saúde e o controle social, tanto nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde quanto no âmbito político gerencial no nível central, regional e local.

Dessa forma, a prática da educação em saúde se configura como um caminho integrador do cuidar, se constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, a fim de contribuir para a transformação social (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Assim, a Educação Permanente em Saúde se apresenta como uma política de educação na saúde que possui no seu centro o trabalho. Apresenta-se como uma “prática de ensino-aprendizagem”, fato que a define como “produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança” (FERLA e CECCIM, 2006, p. 1).

Apesar dos resultados favoráveis obtidos a partir da implantação da referida política e da direcionalidade dada para as ações de gestão do trabalho e de educação na saúde, no momento atual, percebe-se a necessidade de se voltar para o território e provocar a discussão e reflexão da problemática que envolve o mundo do trabalho e a necessidade de processos de educação que possam atender às demandas que ora se apresentam, contemplando o fortalecimento das ações de promoção da saúde e assumindo como prioridade a construção de uma Bahia mais saudável.

Diante desse contexto, a Superh, no intuito de elaborar o seu Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) realizou oficinas com representantes regionais para discutirem e levantarem os problemas e as necessidades com a proposta

de fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde– PRO EPS – SUS no Estado da Bahia.

O PEEPS tem como objetivo estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

2. PANORAMA SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO ESTADO DA BAHIA

O Estado da Bahia, o maior da região Nordeste do Brasil, representa o quinto Estado em extensão territorial (564.733,450 km²), ocupando 6,63% da área do país e 36,3% da região nordeste. Com um contingente populacional de 14.812.617 habitantes estimados em 2018, apresenta 51,32% do sexo feminino, um total de 7.601.009 e 48,69% do sexo masculino, ou seja, 7.211.608 habitantes, constituindo-se o quarto Estado mais populoso da federação, concentrando 7,3% do total de habitantes do país.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais 7.470.167 milhões (50,4%) do contingente populacional estão concentrados nas 35 maiores cidades baianas, correspondendo a 8,4% dos 417 municípios. São elas: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Camaçari, Juazeiro, Itabuna, Lauro de Freitas, Ilhéus, Teixeira de Freitas, Jequié, Barreiras, Alagoinhas, Porto Seguro, Simões Filho, Paulo Afonso, Eunapolis, Santo Antônio de Jesus, Valença, Candeias, Luís Eduardo Magalhães, Guanambi, Serrinha, Jacobina, Dias D'ávila, Senhor do Bonfim, Itapetinga, Irecê, Casa Nova, Campo Formoso, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Conceição do Coité, Itamarajú, Itaberaba e Cruz das Almas.

A taxa de crescimento médio anual da população baiana vem decrescendo de 1,09 entre 1991/2000 para 0,70 no período entre 2000/2010 e os atuais 0,44 entre 2011 a 2018. Mantendo-se sempre abaixo das médias nacional e regional para os mesmos períodos. A estrutura etária da população baiana vem se modificando ao longo das décadas em função da queda da fecundidade (1,73 em 2010 e 1,69 em 2018) e da elevação da expectativa de vida. Houve uma elevação do índice de envelhecimento, tendo os indivíduos com 65 anos e mais, apresentado um aumento de 25,96 % no período de 2010 a 2018, enquanto a participação dos indivíduos menores de 15 anos teve um decréscimo de 13,52% no mesmo período.

Este processo de envelhecimento (27,59% em 2010 e 39,73 em 2018) observado nos últimos anos segue a mesma tendência das duas últimas décadas, resultante do aumento da expectativa de vida da população, cuja média de idade passou de 42,5 anos em 1970 para 72,8 anos em 2010 e 73,93 no último ano (2018), representando um ganho de 31,43 anos na expectativa de vida nesse período.

É válido ressaltar que maior parte da população declarou-se de cor ou raça parda (59,2%). Embora, a Bahia foi à unidade da federação onde houve maior número de pessoas que se declararam de cor ou raça preta (17,1%), o que corresponde a cerca de 2,4 milhões de pessoas.

O contexto socioeconômico estadual aponta para avanços importantes, como a redução da desigualdade social e o aumento do número de domicílios com rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. Há que se destacar ainda a redução na taxa de analfabetismo no Estado, em 2010 era de 15,4% chegando a 12,7% em 2017, a menor entre os estados da região Nordeste, cuja taxa é de 14,5% (PNAD, 2017).

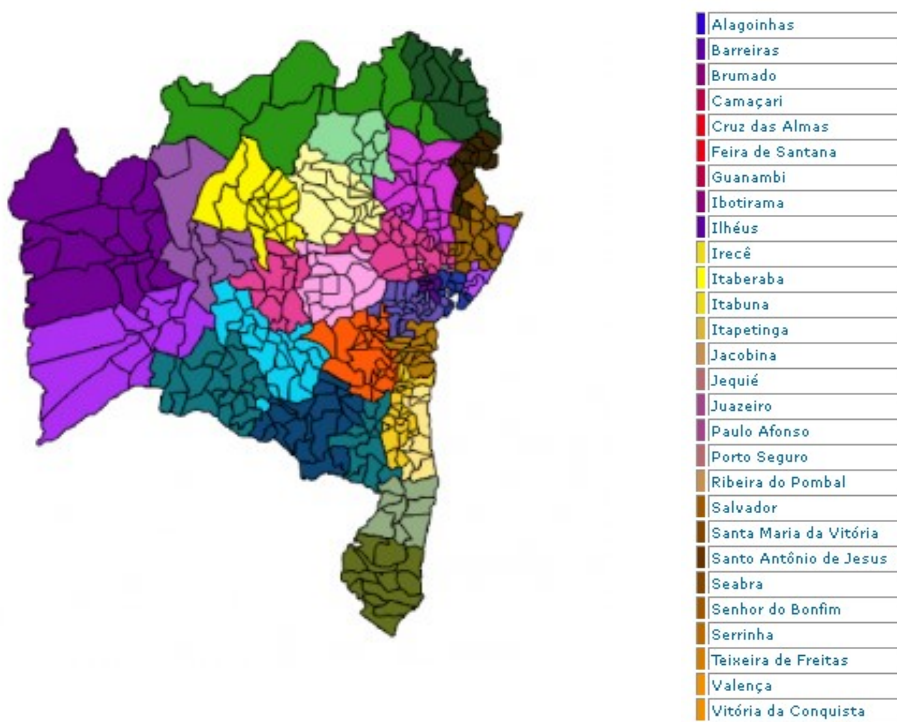
Quanto ao porte populacional dos municípios, 57,3% deles são de pequeno porte, ou seja, possuem menos de 20.000 habitantes. Além disso, o Estado vem aumentando sua taxa de urbanização no decorrer dos anos, acompanhando a tendência brasileira, tendo, em 2012, 73,92% da população residente na zona urbana.

A organização político-administrativa do estado compreende 417 Municípios. No estado da Bahia, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões (Figura 1) que se aglutinam em 09 Macrorregiões de Saúde e 09 Núcleos Regionais de Saúde. Entretanto, o Planejamento e a Programação Regional continuam sendo negociados nas 28 Regiões de Saúde através das CIR (Comissões Intergestores Regionais).

As regiões de saúde, foram definidas, conforme o decreto nº 7508/2011, como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011). Assim definidas por dispor, no mínimo de ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Sendo que cada região deve possuir a CIR, vinculadas à Secretaria

Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (Comissão Intergestora Bipartite) (BRASIL, 2011).

Figura 1: Divisão das Regiões de Saúde da Bahia, Bahia, 2018.



Em relação às macrorregiões (Figura 2) é importante ressaltar as diferenças consideráveis das condições de saúde, inclusive a quantidade de habitantes entre elas, sendo a Leste a mais populosa, com 4.353.829 habitantes e a Extremo Sul a de menor porte populacional, com 760.206 habitantes. Neste contexto, a macrorregião Leste concentra 31,7% do total de habitantes, sendo a microrregião de Salvador responsável por 72,7% dos habitantes desta macrorregião. Nas macrorregiões Leste, Centro-Leste, Sudoeste e Sul (as mais populosas) que se encontram 70% do total de residentes baianos.

Figura 2: Mapa das Macrorregiões de saúde do Estado da Bahia.



Os NRS têm a finalidade de acompanhar as atividades de regulação, de vigilância sanitária e a dispensação de medicamentos, bem como as ações relativas à coordenação de monitoramento de prestação de serviços de saúde, central de aquisições e contratações da saúde e à corregedoria da saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios.

Em 2016, o Estado definiu através do Decreto nº 16.075 de 14 de maio de 2015, o âmbito de atuação territorial dos NRS, instituídos pela Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014.

Tabela 1: Distribuição de município e habitantes por macrorregiões de saúde.

NÚCLEO REGIONAL (NRS)	SEDE	TOTAL DE MUNICÍPIOS COMPONENTES
Centro Leste	Feira de Santana	72
Centro Norte	Jacobina	38
Extremo Sul	Teixeira de Freitas	21
Leste	Salvador	48
Nordeste	Alagoinhas	33
Norte	Juazeiro	28
Oeste	Barreiras	37
Sudoeste	Vitória da Conquista	73
Sul	Ilhéus	67

2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO E PERFIL DE MORBI-MORTALIDADE DA POPULAÇÃO

As informações descritas no perfil de morbidade da população foram extraídas do Plano Estadual de Saúde (PES) – 2016 -2019 ,Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB/SESAB, Diretoria de Informação em Saúde/ Superintendência de Vigilância Sanitária, assim como outros dados enviados pelas áreas técnicas da SESAB.

O Plano Estadual de Saúde do estado da Bahia destaca que as doenças redutíveis por imunização destacam-se pelo sucesso na efetiva ação de controle pela vacinação na Bahia, o que reflete as sequências de coberturas heterogêneas, mas satisfatórias, na série histórica para os principais imunobiológicos do calendário de vacinação do SUS. Nesse contexto, pelo menos três vacinas merecem destaque: a pentavalente (vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B e Haemophilus Influenzae tipo b), tríplice viral (vacina sarampo, caxumba, rubéola) e conjugada (meningocócica C).

Destaca-se a vacina tríplice viral, que vem mantendo coberturas acima da meta preconizada (95%) desde 2006, ratificando a ausência de casos de sarampo no Estado nesse período. Os últimos casos autóctones de sarampo ocorreram no ano 1999 e, desde então, os casos registrados eram importados ou relacionados à importação. A cobertura satisfatória de crianças vacinadas adequadamente vem contribuindo na redução de doenças de interesse epidemiológico como meningites, difteria e tétano neonatal e acidental, este último com redução de 85% no número de casos e apenas seis casos registrados, preliminarmente, em 2015, em todo Estado.

O número de casos de tétano acidental apresentou oscilação no período em análise, variando de 13 casos no ano de 2013 a 24 casos em 2015. No que se refere a todas as hepatites virais, no período de 2004 a 2015, foi observada redução de 10,8%.

Já no âmbito das doenças redutíveis por ações de saneamento básico, a leptospirose destacou-se no Estado, com uma média de 322 casos entre 2004 a 2015, correspondendo a um incremento de 18,7% na incidência (2,2 casos por 100.000 em 2015). O ano de 2010 registrou o mais alto coeficiente de incidência: 2,7 por 100.000. Quanto às doenças redutíveis por intervenção de programas especiais, merecem

destaquem: HIV/aids, tuberculose, hanseníase e sífilis congênita.

O maior número de casos foi registrado no ano de 2013 (1.489), correspondendo a uma taxa de incidência de 9,9 por 100.000 habitantes. Os maiores percentuais de crescimento foram observados no NRS Nordeste (248,8%), seguido do Oeste (189,0%), Centro-Norte (86,9%) e Leste (86,5%). Ressalta-se que o NRS Leste registrou as maiores taxas de incidência entre os anos de 2004 (7,9 por 100.000 habitantes) e 2014 (14,7 por 100.000 habitantes), sendo que o ano de 2014 concentrou 59,4% dos casos de AIDS registrados no Estado. A maior concentração dos casos da doença está entre os indivíduos de 30 a 49 anos, os quais concentram mais de 30% do total, seguido da faixa de 40 a 49 anos, com cerca de 25%. O maior incremento no período foi registrado entre os idosos (+158,5%) e entre os jovens de 15 a 19 anos (+ 119,2%).

A maior incidência de tuberculose é encontrada em localidades onde também foi elevada a prevalência de infecção pelo HIV. Apesar de o avanço da infecção HIV/ AIDS na Bahia ser decrescente, a tendência do número de casos novos de tuberculose, mesmo com o quadro persistente, tem reduzido constantemente desde a década anterior.

No entanto, as doenças de transmissão vetorial como a dengue e a leishmaniose têm apresentado perfil de difícil controle. Apesar dos recursos e esforços envidados pelos governos Federal e Estadual, fracassa o modelo operacional de controle vetorial focado na educação popular para eliminação mecânica dos criadouros e no controle químico para eliminação de larvas e inseto adulto.

A dengue caracteriza-se por ser uma doença reemergente e, no Estado da Bahia, acompanha o padrão sazonal observado nacionalmente. . Entre 2010 e 2013, o número de casos oscilou entre 61.289 e 23.157 em todo o estado. A flutuação nos níveis de incidência reflete a introdução de novos subtipos virais no país e também no estado.

Sobre a doença falciforme, no ano de 2009, por meio da Portaria Nº 217, a Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador tornou compulsória a notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), dos casos de doença falciforme, permitindo maior visibilidade para o problema. No período de 2009 a 2015, foram registrados 1.643 casos da enfermidade no sistema, sendo que, para 46,3% (761) dos casos não houve o preenchimento da variável raça/cor, o que prejudicou a análise do perfil dos pacientes.

Destacam-se as principais causas com maior risco de internação de internação por ciclo

de vida e gênero no ano de 2014, ranqueadas segundo taxa de internação hospitalar na rede SUS por 10.000 homens e mulheres. No sexo masculino, entre crianças menores de um ano, as afecções originadas no período perinatal, doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 80,4% das internações, o mesmo ocorrendo no sexo feminino (82,6%). Para crianças de 1 a 4 anos e 5 a 9 as primeiras posições no ranking da taxa de internação continuam sendo ocupadas por DAR e DIP, desde o ano 2001.

As causas de internações que mais se destacaram em 2014, entre os adolescentes (10 a 19 anos) do sexo masculino, foram aquelas para tratamento de lesões decorrentes de causas externas, que teve risco aumentado em razão do aumento da idade, sendo 44,9 internações por 10 mil habitantes para o grupo de 10 a 14 anos; e 71,7 internações por 10 mil habitantes em 15 a 19 anos. As neoplasias que ocupavam, em 2001, a 9ª e 10ª posição entre o grupo de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, respectivamente, passaram a ocupar a 6ª posição em 2014, em ambos os grupos, representando cerca de 9 internações por 10 mil habitantes.

Entre as adolescentes, as internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerperio passaram a ocupar a primeira posição na internação de meninas entre 10 e 14 anos, com 23% das internações, totalizando 41,7 internações por 10 mil habitantes. Outro grupo de causas de internação que se destacou no grupo feminino entre 15 e 19 anos foram as doenças do aparelho geniturinário, que passaram da quarta posição em 2001 para a segunda posição em 2014. Entre os adultos até 49 anos do sexo masculino, as principais causas de internação, em 2014, foram as causas externas e doenças do aparelho digestivo, como primeira e segunda principal causa de internação. As causas externas aumentaram sua participação nas causas de internações entre nos grupos de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, que, em 2001, ocupava a terceira e quinta posição, respectivamente.

No grupo entre 50 e 59 anos, as DAC continuam a ocupar a primeira causa de internações (96,2 internações por 10 mil habitantes) em 2014, seguidas pelas doenças do aparelho digestivo. As causas externas também elevaram sua relevância para o risco de 40 internação nesse grupo, passando da sexta para a terceira posição em 2014 (67,4 internações por 10 mil habitantes) e as neoplasias passaram da décima para a sexta posição.

Nas mulheres destacaram-se, em 2014, as internações por gravidez, parto e puerperio até os 39 anos, seguidas das doenças do aparelho geniturinário e doenças do aparelho digestivo. As neoplasias foram às principais causas de internação na faixa etária de 40 a 49 (104,7 internações por 10 mil habitantes.).

Apesar das importantes alterações nos padrões de morbimortalidade da população baiana, conhecida como transição epidemiológica, reflexo dos padrões urbanos de estilo de vida e, sobretudo, do envelhecimento populacional (transição demográfica), as principais causas de morte observadas em 2004 foram mantidas em 2014.

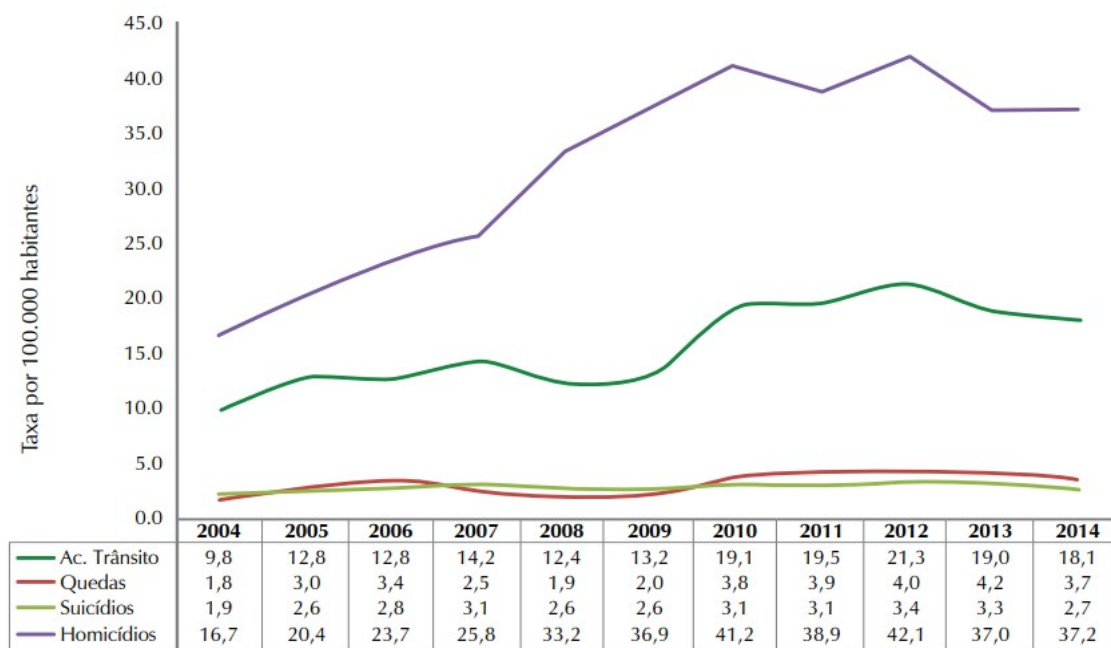
As neoplasias tiveram o maior incremento (39,7%), passando de 9,1% em 2004, para 12,6% dos óbitos em 2014, assumindo a terceira posição, quando se exclui o grupo das causas mal definidas. O segundo maior crescimento proporcional das mortes foi pelas causas externas, semelhante ao das neoplasias (incremento de 34,8% em todo período), passando de 11,6% para 15,6% das mortes em 2014. Com menor participação proporcional, mas não menos importante, observa-se as doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas com 7,5%, e 7,1% dos óbitos em 2014 e estas últimas com discreta tendência de elevação.

A análise proporcional dos principais grupos de causas de mortalidade revela que as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) ainda representaram o grupo de mortes mais importante na última década, com 23,0% do total de todos os óbitos em 2014. Dentre as taxas de mortalidade específicas por DAC, a observação detalhada do grupo mostra que as doenças isquêmicas do coração, infarto agudo do miocárdio e cerebrovasculares têm continuamente elevado sua participação no risco de morte.

As mortes por causas externas constituem o segundo grupo com maior relevância nas causas de morte, em frequência, dentre os principais grupos de causas, contribuindo com 15,6% do total de óbitos em 2014. Na Bahia, na população geral, o risco de morte por causas externas cresceu 54,5%. A tendência no período foi de elevação em todos os NRS, destacando-se o núcleo Extremo Sul, que apresentou a maior taxa em 2014 (116,9 óbitos por 100.000 habitantes) e o núcleo Oeste, com o maior incremento no período (78,4%). Na desagregação dos componentes do grupo dos óbitos por causas externas, as causas mais frequentes no Estado da Bahia, em 2014, foram: os homicídios (37,2 óbitos por 100.000 habitantes), seguidos dos acidentes de trânsito (AT) (18,1 óbitos por 100.000 habitantes) e quedas (3,7 óbitos por 100.000 habitantes). Observou-se que o risco de

morte por homicídios cresceu 122,9% quando comparado à taxa observada no primeiro ano da série histórica.

Gráfico 1: Taxa de mortalidade por causas externas, segundo circunstâncias de lesão.



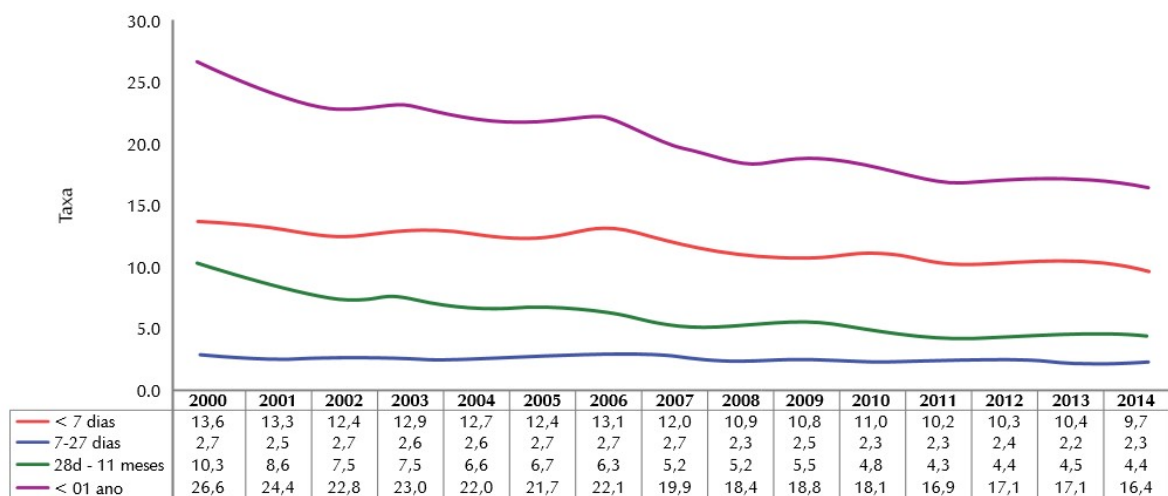
Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM, 2014

No que tange a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Taxas de Mortalidade Neonatal estão relacionadas a condições insatisfatórias em relação ao nível socioeconômico da população, à saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto taxas elevadas de Mortalidade pós-neonatal refletem baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico.

A mortalidade infantil na Bahia acompanha a tendência observada em todo o país, tendo apresentado redução de 38,5% entre 2000 e 2014 (Gráfico 2). O período pós- -neonatal

foi o que apresentou mais rápida redução nas taxas de mortalidade, enquanto que o período neonatal precoce (menores de 7 dias) começa a apresentar aceleração no declínio a partir de 2011 (13,0 óbitos por 1000 nascidos vivos), mantendo-se estável nos dois últimos anos da série (10,7 óbitos por 1000 nascidos vivos). O período neonatal tardio (7 a 27 dias) manteve taxas praticamente estabilizadas no período. Melhorias na assistência à gestação, ao parto e aos recém-nascidos de risco, implementadas no período, podem auxiliar o entendimento da redução na mortalidade neonatal precoce, enquanto que o aumento na vigilância do óbito infantil, a partir de 2007, pode justificar a desaceleração da queda da mortalidade no período pós-neonatal, uma vez que óbitos pós-neonatais, ocorridos fora de hospitais, os mais subnotificados passaram a fazer parte das estatísticas.

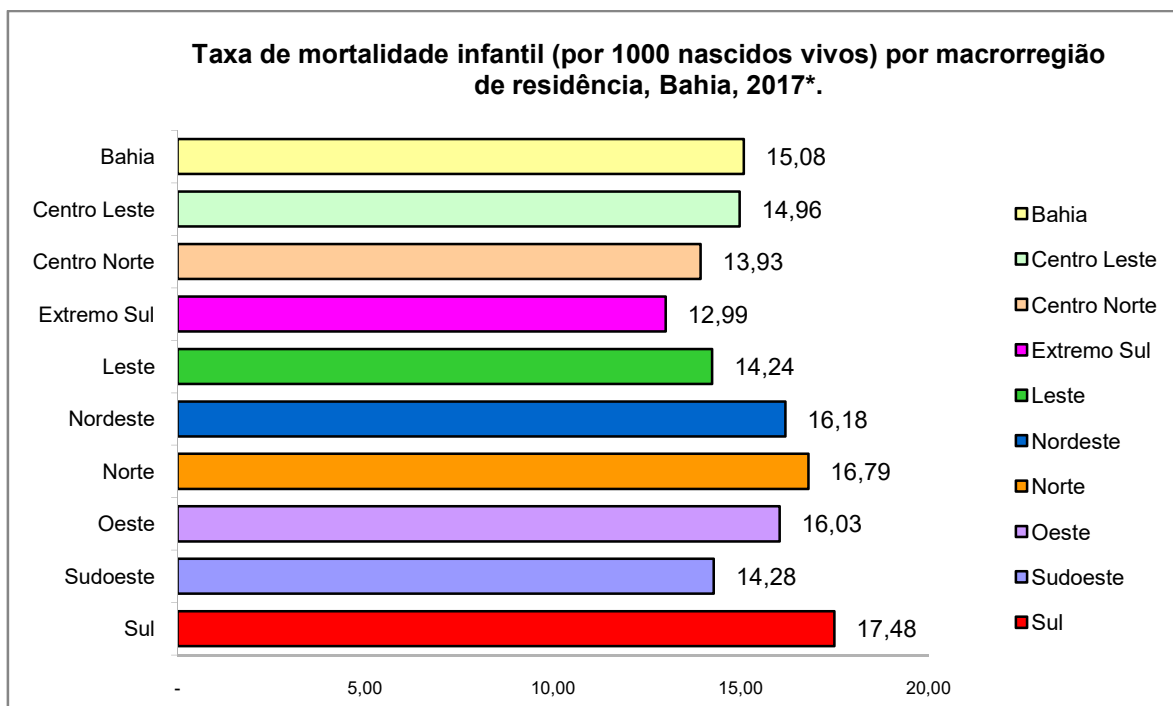
Gráfico 2: Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo faixa etária. Bahia/BR, 2000 e 2014



Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SIM

No que tange as regiões de saúde da Bahia, a mortalidade infantil tem os maiores índices na região Sul, Norte e nordeste, conforme gráfico que segue.

Gráfico 3: Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) por macrorregião de residência, Bahia, 2017*.



SESAB/SUVISA/DIS/SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Na atenção psicossocial, o estado da Bahia, acolheu a Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, estabelece que esta seja constituída pelas unidades de saúde que a compõem: a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial.

No entanto, a escassez de dados secundários organizados e de estudos populacionais dificulta a análise epidemiológica do perfil de atendimento psiquiátrico, tão valiosa à organização do cuidado no âmbito do SUS e para o planejamento dos serviços assistenciais na área da saúde mental. Problemas psicossociais são frequentemente relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Contudo, nos prontuários de pacientes admitidos nos serviços de saúde mental, questões relacionadas ao uso de drogas ilícitas e consumo de bebida alcoólica possuem elevada incompletude com a possibilidade de viés em análises que busquem associar os problemas. Pesquisa recente realizada na cidade de Jequié encontrou mais de 90% de incompletude para estas variáveis¹¹. No estudo, cerca de 10% da população atendida apresentou padrão de

consumo de bebidas alcoólicas considerado de risco¹³ e há que se considerar o sub-relato, por restrições sociais, e sub-registro dos dados nos serviços de saúde. Na população residente em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, 10,7% referiu consumo que foi classificado como excessivo¹³. Há evidências, na literatura, de que a população negra está mais exposta ao consumo excessivo de álcool. Salvador foi a segunda capital cuja população relatou, em inquérito telefônico, maior proporção de consumo abusivo de bebida alcoólica comparada às outras capitais brasileiras (32%), sendo antecedida apenas por Florianópolis (34,4%)⁸. Transtornos mentais e comportamentais pelo uso de substância psicoativa foram mais frequentes entre pacientes do sexo masculino (25%), de acordo com um estudo realizado na cidade de São Francisco do Conde. Entre as mulheres, diagnósticos relacionados aos transtornos afetivos foram os mais frequentes (23%)¹⁴.

ATENÇÃO BÁSICA

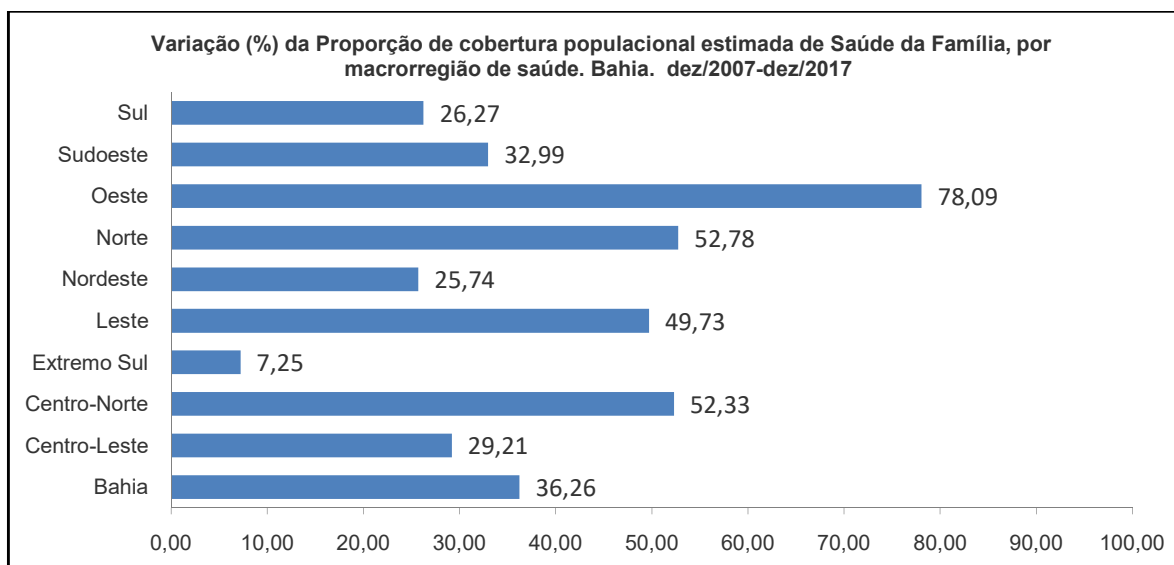
A expansão e consolidação da atenção básica são imprescindíveis para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, a Sesab vem ampliando anualmente os recursos aplicados para manutenção das equipes de saúde da família como contrapartida estadual. Só no ano de 2015 foram quase R\$38,5 milhões repassados aos Fundos Municipais de Saúde (FMS).

Além dos incentivos financeiros repassados mensalmente, o Estado vem realizando investimentos para criar uma infraestrutura adequada para o funcionamento da Saúde da Família, com construção de novas unidades de saúde. Foram investidos, desde 2007, mais de R\$ 76,8 milhões por meio de convênios e do Projeto Saúde Bahia para a construção de 552 unidades, reforma de 43 e aquisição de 82 equipamentos. Somente em 2014 foram investidos R\$ 4,35 milhões em convênios firmados com os municípios para apoio a construção de unidades de saúde e auxílio na recuperação das mesmas.

O gráfico que segue demonstra que as macrorregiões da Bahia apresentaram aumento na cobertura estimada de Saúde da Família (Gráfico 4). Observa-se que as macrorregiões que obtiveram crescimento mais acentuado no período em análise (2007-2017) foram: Oeste (78,09%), Norte (52,78%) e Centro-Norte (52,33%). A região Extremo Sul apresentou o menor crescimento (7,25%), no entanto, vale ressaltar que é a macrorregião que sempre apresentou a maior cobertura de Saúde da Família no Estado. A

macrorregião Nordeste apresentou o segundo menor crescimento no período (25,74%). A macrorregião que apresentou a menor cobertura em dezembro de 2017 foi a Leste com 49,73%.

Gráfico 4: Variação (%) da Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. dez/2007-dez/2017

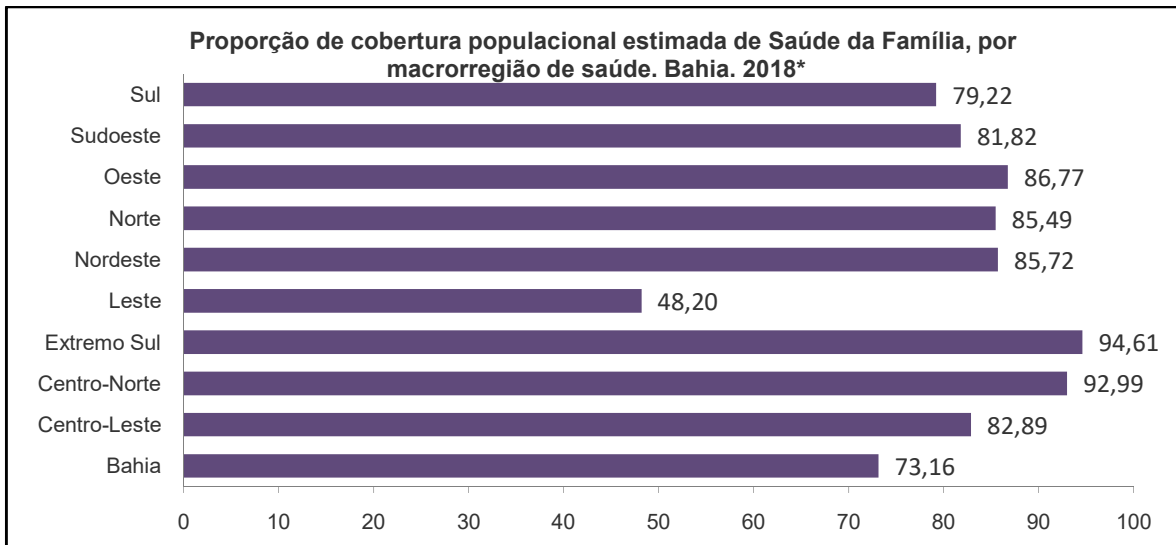


Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento da Saúde da Família por competência e unidade geográfica

*Dados de julho de 2018, Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB

Em julho de 2018, a macrorregião Extremo Sul continuou com a maior cobertura estimada de saúde da família (94,61%), seguida da macro Centro Norte (92,99%). A menor cobertura percebe-se nas macrorregiões Leste (48,20%). Observa-se que, com exceção da Leste e Sul, todas as macrorregiões apresentam coberturas superiores a 80%.

Gráfico 5: Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2018*

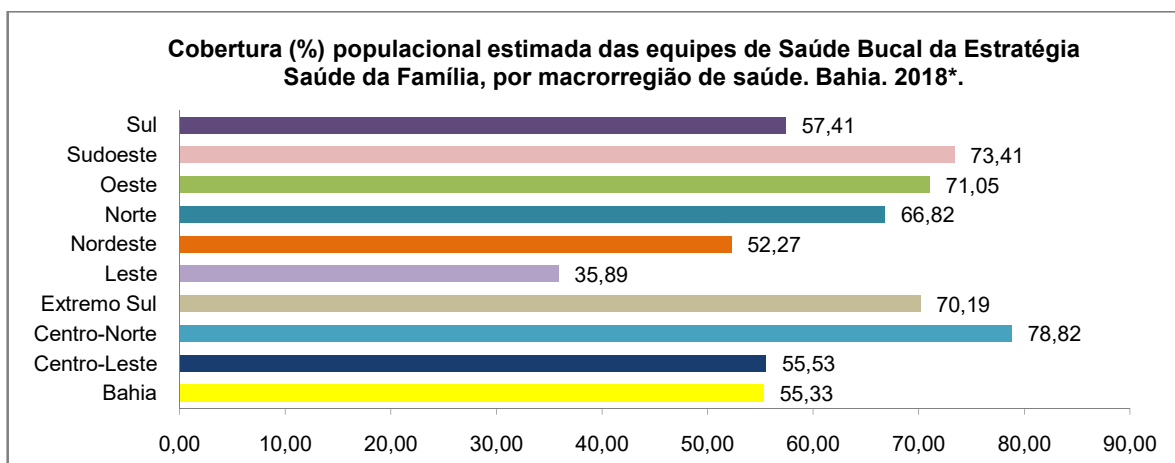


Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento da Saúde da Família por competência e unidade geográfica

*Dados de julho de 2018, Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB

Em relação à saúde bucal, as macrorregiões da Bahia apresentam, de modo geral, crescimento progressivo na cobertura de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Analisando o período 2007-2018, têm-se as maiores variações nas Macrorregiões Centro-Norte, Sudoeste e Oeste. A macrorregião Centro Norte apresentou a maior cobertura (78,82 %), enquanto a macro Leste apresentou a menor (35,89%).

Gráfico 6: Percentual de cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal da estratégia de saúde da família, por macrorregião de saúde. Bahia. 2018*.



Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento da Saúde da Família por competência e unidade geográfica

*Dados de julho de 2018, Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB

No âmbito da gestão, destaca-se o apoio institucional prestado aos Municípios pelos NRS e pelos trabalhadores do nível central da SESAB. O apoio institucional constitui-se em uma importante ferramenta de qualificação da gestão municipal, cuja relação entre os entes é pautada pela produção da autonomia dos sujeitos e das regiões. O apoio institucional desenvolve-se ainda no campo da gestão do trabalho e da educação permanente em saúde, a exemplo do apoio à desprecarização do trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combates às Endemias (ACE).

ATENÇÃO ESPECIALIZADA / ATENÇÃO À SAÚDE

As ações de saúde consideradas de média e alta complexidade, no modelo de atenção à saúde, devem concretizar-se como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da Atenção Básica, tendo como foco garantir a integralidade e equidade. Organizar a rede de assistência para garantir, de forma mais racional, o acesso da população a estes níveis de atenção significa ofertar serviços ambulatoriais e hospitalares em quantidade e qualidade.

A proposta da Política Estadual de Atenção Hospitalar da Bahia visa induzir uma mudança no modelo assistencial ainda vigente, com reestruturação da oferta da atenção hospitalar, tendo como base a regionalização e, sobretudo, as necessidades de saúde da população. Desta forma, pretende-se reduzir as desigualdades e ampliar o acesso, respeitando os princípios de economia de escala e escopo, minimizando desperdícios e ampliando eficiência do SUS/BA. Ela tem como objetivo induzir à integralidade da atenção à saúde, ampliando o acesso do usuário aos procedimentos necessários à resolução dos seus problemas de saúde, independente do nível de complexidade. Apresenta como pressupostos: a integração de ações e serviços de saúde, com base em linhas de cuidado que garantam a continuidade da atenção; e a territorialidade, a base populacional e as condições de acesso como parâmetros importantes para organização da oferta das ações de média e alta complexidade.

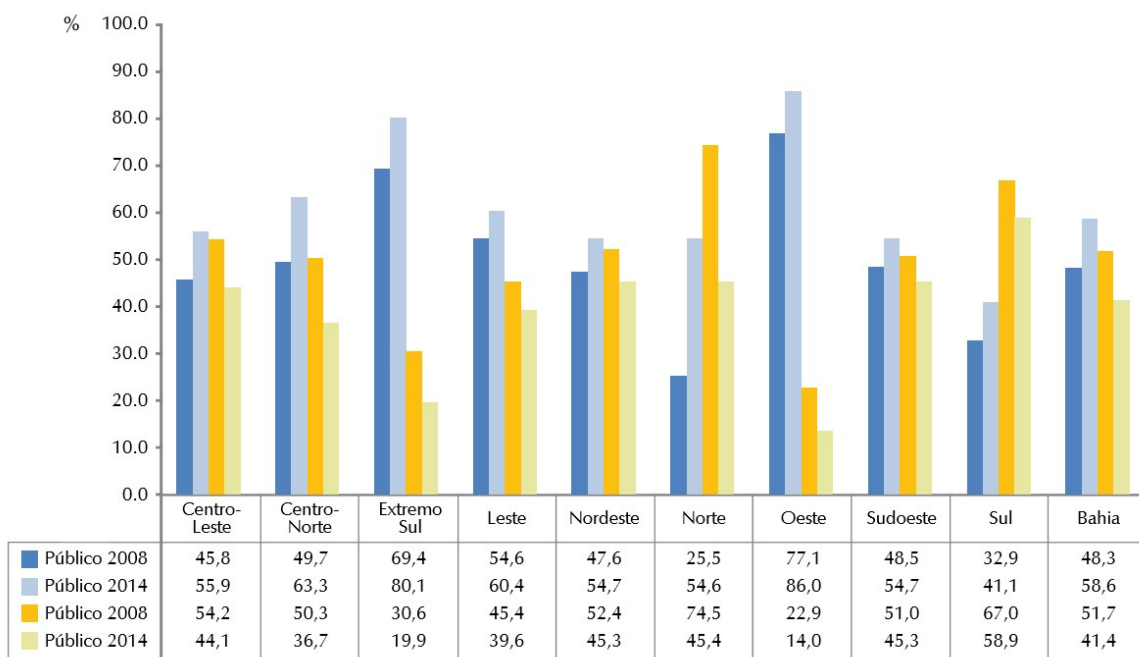
Nesse contexto, é papel do Estado desenvolver ações de prevenção de acidentes e violências, das lesões e morte no trânsito, de ampliação da atenção básica, de

qualificação das unidades hospitalares de urgência, e de contratualização de leitos de retaguarda, para desafogar as unidades de urgência. Destacam-se, ainda, o fomento e o apoio aos Municípios na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 h e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

Em 2014 foram registradas 834.562 internações (55,2 internações por 1000 habitantes), cuja evolução, a partir de 2008, aponta redução de 9,4% no número de internações na rede SUS. A tendência pode estar refletindo a extensão da cobertura da atenção básica de saúde no Estado, por meio da Estratégia Saúde da Família. Internações de mulheres representaram 61,3% e a faixa etária mais frequente foi entre 20 e 29 anos (19%), seguida daqueles entre 30 e 39 anos (15%).

Considerando o regime do hospital, observa-se elevação das hospitalizações nos hospitais de regime público, entre 2008 e 2014, reduzindo-se internações em hospitais de regime privado. O NRS Norte foi o que apresentou maior incremento nas hospitalizações em hospitais públicos (114%) e junto com o núcleo oeste reduziu em 39% a participação dos leitos em hospitais de regime privado no período analisado.

Gráfico 7. Internações hospitalares na rede SUS, segundo regime do hospital e NRS de residência. Bahia/BR, 2008 e 2014



O Estado da Bahia, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNEs), registra um quantitativo de: 464 hospitais gerais, 74 hospitais especializados, 44 unidades mistas e 96 hospitais dia isolado. Destas, 41 unidades compõem a rede própria hospitalar da Sesab.

3. PANORAMA DA GESTÃO DO SUS-BA

A meta do PES para 2019 é que 28 unidades da rede Própria estejam sob Gestão Indireta, 32 sob gestão direta, 18 dessas com serviços da atenção especializada ampliadas, 03 parcerias público privadas: o hospital do subúrbio – contrato de concessão administrativa para gestão e operação da unidade com 313 leitos, perfil de hospital geral, atendimento de urgência e emergência, além de suporte para internação domiciliar; um serviços de apoio ao diagnóstico por imagem – contrato de concessão administrativa para gestão e operação de serviços de apoio ao diagnóstico por imagem, em uma central de imagem e em 12 unidades hospitalares da rede própria sob gestão direta da Sesab e; uma concessão administrativa para construção e operação de serviços não assistenciais de unidade hospitalar do estado da Bahia – Instituto Couto Maia.

01 Unidade hospitalar sob Parceria Público Privada em funcionamento, 01 Parceria Público Privada de Diagnóstico por Imagem e 01 Unidade hospitalar com Parceria Público Privada de serviços não clínicos.

O Governo do Estado da Bahia iniciou, no ano de 2015, a proposta de implantação de Consórcios Interfederativos de Saúde, em consonância com o compromisso de descentralizar a gestão e execução das ações e serviços de saúde com caráter regional. Assim, o desenvolvimento de ações conjuntas regionalizadas de saúde deve ter como abrangência territorial as 28 Regiões de Saúde (RS) do estado, conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹⁷. Com esta estratégia, os municípios e o estado realizarão objetivos de interesse comum por intermédio dos consórcios públicos.

Serão implantadas 28 policlínicas, uma em cada área de abrangência das RS do Estado

da Bahia, conforme PDR, as quais constituirão consórcios correspondentes ao seu território. A ênfase na implantação das policlínicas visa a contribuir com os municípios para garantir a oferta de serviços na atenção secundária, fortalecendo esse nível de atendimento, no sentido da atenção à saúde com integralidade, permitindo o acesso, desde atenção básica, ao seguimento da assistência em serviços que faça diagnóstico e tratamento em ambiente ambulatorial e, se necessário, até a alta complexidade.

4. COMPROMISSO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

Diante dos indicadores de saúde do Estado da Bahia apresentados no item anterior e a disponibilidade de equipamentos de saúde do Estado, foram elaboradas estratégias de atenção e gestão com o objetivo de melhorar esses indicadores através de instrumentos de planejamento governamental, tais como o Plano Plurianual (PPA), e nos específicos da Saúde, como o Plano Estadual de Saúde (PES).

No PES os compromissos assumidos foram: Compromisso 1 – Fortalecer as ações de Vigilância à Saúde para promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças/agravos e controle de riscos; Compromisso 2 – Consolidar as ações e serviços de saúde da Atenção Básica, com resolutividade; Compromisso 3 – Ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde da Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar, com resolutividade, fortalecendo a Regulação do Sistema de Saúde, com ganho de eficiência e garantia da segurança do paciente; Compromisso 4 – Promover a integração das ações e serviços de saúde por meio das Redes de Atenção à Saúde; Compromisso 5 – Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas; Compromisso 6 – Fortalecer a gestão da assistência farmacêutica, assegurando o acesso aos medicamentos e apoiando a produção de insumos estratégicos para a saúde; Compromisso 7 – Fortalecer a Rede de Hematologia e Hemoterapia do Estado da Bahia para atender a demanda do SUS-BA; Compromisso 8 – Fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde, valorizando o trabalho e o trabalhador do SUS-BA; Compromisso 9 – Fortalecer a capacidade de gestão estadual do SUS, qualificando as ações de sistematização, monitoramento e fiscalização, ampliando os canais de diálogo com a sociedade e o exercício do controle social.

Desses compromissos, os que podem ser favorecidos através de Educação Permanente foram inclusos nesse Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), sempre dialogando com o compromisso 8 - Fortalecer a gestão do trabalho e educação na saúde do Estado.

5. CONCEPÇÃO DA PROPOSTA EDUCATIVA: O LUGAR DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Sesab vem investindo em mudanças quantitativas e qualitativas na formação dos profissionais, de modo a suprir as necessidades de saúde dos baianos, buscando a melhoria da gestão e do cuidado, pautados nos princípios e diretrizes do SUS, por meio da implementação da Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, aliada à Política Nacional de Humanização (PNH), para reorientar o sistema e os serviços, segundo a lógica da promoção da saúde.

De acordo com a **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES)**, os trabalhadores da saúde são compreendidos como sujeitos e agentes transformadores de suas práticas, das relações de trabalho desenvolvidas no seio das equipes de saúde e destas com os usuários. Nessa concepção, o trabalhador deixa de ser entendido como mero instrumento realizador de tarefas rotineiras e passa a ser visto como sujeito protagonista no desenvolvimento do seu processo de trabalho, contribuindo para a qualidade e humanização da atenção.

Nessa perspectiva, o trabalho é compreendido como um processo social no qual ocorre a co-produção de bens e serviços ao tempo em que se constitui o próprio sujeito, agente e produto deste processo. O trabalho contém, portanto, uma dimensão educativa, sendo uma atividade através da qual o sujeito aprende e ressignifica as suas práticas e a si mesmo. Na saúde, configura-se como um processo de trocas, criatividade, co-responsabilização, enriquecimento e comprometimento dos trabalhadores para com a efetividade, qualidade e humanização das práticas de atenção à saúde da população e a eficiência e democratização da gestão do SUS.

A modificação na concepção de trabalho-trabalhador pressupõe a reafirmação dos princípios estruturantes do SUS, e em contrapartida contribui para a efetivação de um

modelo assistencial fundamentado na valorização do trabalho e do trabalhador, na integralidade do cuidado, na garantia dos direitos dos usuários e numa gestão democrática e participativa.

Para tanto, é necessário o desenvolvimento de diversas estratégias para estimular a reflexão da *práxis* profissional, dentre elas, os processos educativos que se apresentam como um dispositivo potente, desde que assegure como centro, as reflexões sobre os processos de trabalho e a gestão do conhecimento. Contudo, é importante ressaltar que estes, por si só, não geram transformação nas práticas de saúde.

Para alcançar esse objetivo, devem apoiar-se em estratégias que considerem as demandas e especificidades do serviço, estimulando a construção de uma aprendizagem significativa, que valorize as experiências e saberes desses trabalhadores, ao tempo em que fomente a reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho (FERLA e CECCIM, 2006).

Nesse sentido, a **SESAB, por meio da SUPERH**, tem investido em estratégias que visam desenvolver competências, adequação das condições e relações de trabalho, com ênfase na interdisciplinaridade e na articulação entre a educação e o trabalho.

Estas estratégias, desde a implementação da PEGTES, revelam algumas conquistas no campo da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, as quais incidem diretamente no desenvolvimento do processo de trabalho da rede assistencial sob gestão direta do Estado, como: implantação da Mesa Setorial de Negociação da Saúde; criação da Comissão para revisão e a aprovação do novo PCCV da SESAB; implantação do Programa de Avaliação de Desempenho da SESAB; elaboração de metodologia para o Dimensionamento da Força de Trabalho; implantação de ações de Humanização (HUMANIZASUS), participação e controle social (MOBILIZASUS); a construção da Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis, espaço físico que agrega a Escola Estadual de Saúde Pública e a Escola de Formação Técnica em Saúde, além da implantação da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES-BA e dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGETS) nas unidades sob gestão direta do Estado.

Concomitante ao desenvolvimento das estratégias citadas, a SUPERH elaborou o Plano Estadual de Educação na Saúde a fim de organizar, estruturar e articular as demandas de

forma coletiva e participativa com as diversas áreas técnicas da SESAB. Desse modo, asseguram-se as especificidades relacionadas a cada rede temática, de acordo com as diretrizes que orientam a PEGTES e a PNEPS.

6. JUSTIFICATIVA

Esse Plano Estadual de Educação na Saúde visa contemplar um Estado de grande extensão territorial, com diversidade econômica e cultural como a Bahia, além de constituir-se num grande desafio de operacionalização, considerando a complexidade da produção social nos campos da saúde e da educação. Desta forma, foi necessário um amplo esforço de análise e construção coletiva com os representantes dos municípios e Instituições de ensino do estado a fim de aproximar-se da realidade de cada território de forma participativa e consensual.

Nesse sentido, a elaboração do Plano Estadual de Educação na Saúde considerou os princípios e diretrizes da PEGTES em consonância com o decreto nº 7508/11, a Política Nacional de Humanização e as portarias referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, dentre outros. Ademais, assume a concepção de educação na saúde, numa dimensão ético-política, destacando a perspectiva pedagógica e emancipatória das ações educativas na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos sociais envolvidos que produzem e conduzem as ações de saúde.

7. A CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Esse Plano é resultado da articulação da SESAB com o Conselho Estadual de Saúde – CES, COSEMS/BA, CIES Bahia, Instituições de ensino universitário e Escolas de formação técnica. Foi elaborado conforme orientações do Ministério da Saúde e CONASS e está em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portanto, a elaboração do plano baseou-se na construção coletiva, a partir de encontros com diversos atores perfazendo uma média de 100 participantes por encontro.

Contou com a liderança da Superintendência de Recursos Humanos da SESAB e os membros da CIES Estadual para organização e execução de oficinas regionais que dessem subsídio a elaboração desse Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Nessas oficinas foram implantadas as Comissões de Integração Ensino-Serviço Regionais e dada a posse aos seus membros. As CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS (BRASIL, 2007).

As CIES no Estado da Bahia estão vinculadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e tem como uma de suas atribuições elaborar os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), considerando as especificidades loco regionais. Esses PAREPS são homologados pela CIR Regional. Estes, por sua vez, fundamentaram o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, que foi apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), aprovado e homologado pela CIB.

Nessa direção, o Estado da Bahia, em articulação com as diretrizes orientadoras do MS, vem assegurando a representação das universidades estaduais e federais, privadas e filantrópicas, das Escolas do SUS/BA, da gestão estadual e municipal do SUS/BA e do Conselho Estadual de Saúde, incluindo representação de usuários, estudantes e trabalhadores nesses fóruns de debates que são as CIES.

Conseqüentemente, a discussão da rede de trabalho e educação também tem sido fortalecida pela SUPERH/SESAB, para assegurar que estes processos sejam discutidos e identificados a partir da relação entre as necessidades de saúde e de qualificação. Nesse sentido, para a elaboração do PEEPS, a SESAB formou um grupo de trabalho com composição das diversas superintendências da SESAB, COSEMS, CES e áreas técnicas contempladas pelas redes de atenção a fim de assegurar que as demandas correspondam às necessidades dos serviços assistenciais, como também, sejam construídos coletivamente.

8. METODOLOGIA DA CONSTRUÇÃO DO PLANO

As oficinas regionais tiveram como objetivo geral: Subsidiar a formulação do Plano

Estadual de Educação na Saúde da Bahia, de forma ascendente e com ampla participação das Regiões de Saúde. Os objetivos específicos dessas oficinas foram: Implantar as Comissões de Integração ensino-Serviço (CIES) regionais, vinculadas as Comissões Intergestoras Regionais (CIR); apoiar a elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em saúde (PAREPS) nas regiões de saúde do estado; fomentar a elaboração dos Planos Municipais de educação permanente em saúde.

As oficinas tiveram carga horária de 16 horas, envolveram representantes de IES, Instituições de Ensino Técnico - IETS, dos estudantes, dos Conselhos de Saúde e representantes dos gestores municipais e estaduais.

A metodologia incluiu: apresentação da análise da situação de saúde do Estado pela SUVISA/SESAB; debates sobre concepções de educação em saúde e educação permanente, em grupos de trabalho que tiveram como participantes os acima referidos. Na seqüência, os grupos trabalharam na priorização dos problemas do estado de saúde e do sistema de saúde regionais. No segundo dia retomaram-se os pequenos grupos onde foram levantadas as necessidades de EPS de cada microrregião de saúde. Esse levantamento foi socializado com todos os grupos que compunham a totalidade de representantes da Região de Saúde onde foram priorizadas as necessidades de EPS regionais.

Como produtos alcançados pelas oficinas, destacam-se: o alinhamento teórico sobre as concepções de redes de atenção; a construção das linhas de ação que subsidiarão a integração educação e trabalho para as RAS; a identificação das estratégias para a gestão do conhecimento nas redes de atenção; a articulação das linhas de ação das RAS, com as linhas de ação da PEGTES e, por fim, a elaboração do Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para as RAS com linhas de ação e estratégias de operacionalização definidas.

Posterior à realização dessas oficinas, foram realizadas reuniões com cada área técnica e superintendência da SESAB, com a finalidade de revisar o plano e buscar uma articulação dos processos educativos propostos evitando, assim, a sua fragmentação e repetição de ações e/ou estratégias, além de inserir processos educativos desenvolvidos pelas superintendências, independente da fonte financiadora.

Para isso, os processos desenvolvidos pelas áreas técnicas foram detalhados, tendo em

vista a identificação da carga horária, parceiros, interlocutores, custos e dificuldades vivenciadas para operacionalização dos processos. Este mapeamento diagnóstico trouxe subsídios para a construção coletiva deste plano, orientando a sua metodologia de formulação a partir da escuta qualificada das áreas técnicas da SESAB.

A lógica de orientação deste plano considera ainda a racionalidade de prestação do cuidado em saúde como formas de organização das relações entre os sujeitos mediadas por tecnologias utilizadas nos processos de trabalho em saúde para a superação de problemas ou necessidades (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). Neste sentido, a compreensão das redes de atenção à saúde, como arranjos gerenciais, técnico-assistenciais e organizativos de ações e serviços pressupõe o fortalecimento do território de saúde como espaço responsável pelo cuidado dos seus usuários, tendo em vista a garantia dos princípios estruturantes do SUS.

Entende-se, desta forma, que as ações e estratégias levantadas no plano contribuem para a reorganização dos serviços na rede de atenção, a partir de mecanismos gerenciais, redefinindo a relação entre as unidades prestadoras do cuidado em sua dimensão organizativa e alcançando os espaços de operacionalização dos saberes e práticas e das relações entre os sujeitos.

Para tanto as linhas de ação guardam coerência com estas dimensões e apresentam como intencionalidades: o fortalecimento da Atenção Básica como estratégia coordenadora do cuidado nas redes de atenção; a constituição de espaços intra e interinstitucionais de integração; a construção de projetos político-pedagógicos adequados às necessidades em saúde; a gestão da informação e do conhecimento na rede estadual; a consolidação da gestão dos processos de trabalho e; a descentralização das ações de educação em saúde fortalecendo as especificidades regionais e legitimando estas ações.

Nesse contexto a educação permanente se apresenta como uma estratégia técnico-político-pedagógica, pois, acontece no trabalho, visando não apenas qualificar os trabalhadores, mas também melhorar e potencializar a atenção, a gestão do sistema de saúde e o controle social, tanto nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde quanto no âmbito político-gerencial no nível central, regional e local (BAHIA, 2011).

Este plano, além de considerar os princípios estruturantes do SUS, agregou outros contemplados pela PEGTES como: a inclusão social com redução de iniquidades, respeito às diferenças e afirmação de direitos sociais; o trabalho como princípio educativo; a educação como prática transformadora; a humanização e democratização das relações de trabalho; a co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários na produção da saúde; a valorização do trabalho e do trabalhador em saúde; a desprecarização do trabalho em saúde; a gestão participativa e solidária e a organização do trabalho e educação em rede (BAHIA, 2011).

Além disso, foram incluídos nesse plano os processos formativos e ações vinculadas à gestão do trabalho e educação na saúde que foram pactuados com as áreas técnicas no período de elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio (2016 - 2019).

Como resultado final dessa construção foi elaborado esse Plano de Educação na Saúde. No entanto, à proporção que as CIES Regionais forem sendo implementadas, o plano deve ser apresentado e discutido a fim de adequá-lo as suas especificidades.

Também foram debatidas nessas oficinas a proposta de acompanhamento e monitoramento da implementação das CIES Regionais e dos PAREPS.

9. OBJETIVO DAS AÇÕES

O PES pretende fomentar a integração do trabalho e educação como instrumento de qualificação do processo de trabalho e articular as Redes de Atenção à Saúde do SUS Bahia a partir da valorização do trabalho como fonte de conhecimento para transformação de práticas profissionais e melhoria da atenção a saúde da população.

9.1. Objetivos Específicos

- Estimular a lógica do cuidado nas redes a partir do princípio da integralidade dos sujeitos, fortalecendo as suas dimensões individuais e coletivas;
- Promover processos de qualificação para trabalhadores e gestores do SUS voltados para as Redes de Atenção à Saúde;
- Promover a qualificação dos conselheiros de saúde e lideranças de movimentos

- populares para a participação social no SUS, na perspectiva da cidadania;
- Apoiar a formação de gestores municipais de saúde visando à integração do trabalho e educação nas instâncias microrregionais;
 - Avaliar e monitorar o desenvolvimento do Plano Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

10. PÚBLICO-ALVO

Trabalhadores e gestores da saúde vinculados a qualquer dos entes da Federação (União, Estados e Municípios), com graduação de nível universitário, médio e técnico, com atuação no SUS-BA.

11. METODOLOGIA PARA DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS PEDAGÓGICOS

A metodologia considerará a complexidade do processo ensino-aprendizagem proposto por cada área técnica sempre buscando a integração ensino trabalho em saúde. Foram priorizadas ações educativas embasadas nas Metodologias Ativas (MA) como ferramenta para auxiliar na reflexão crítica do processo de trabalho. Macedo (2018), afirma que a metodologia ativa problematizadora fundamenta-se no referencial teórico de Paulo Freire, cuja concepção é baseada em uma educação libertadora, dialógica, reflexiva, conscientizadora, transformadora e crítica, em que os problemas partem de uma realidade.

As MA são consideradas ferramentas facilitadoras da aprendizagem em adultos, pois o discente assume o papel de protagonista do seu processo de aprendizagem a partir das experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços.

As abordagens metodológicas poderão ser presenciais ou por meio das ferramentas da educação à distância. Para tanto, serão utilizadas exposições dialogadas, fílmicas, rodas de conversa, trabalho em grupos, estudos de caso que abordem a necessidade dos usuários do SUS-BA e do sistema de saúde.

12. DURAÇÃO

A execução das ações constantes neste plano tem previsão de acontecer no período de quatro anos (2019 – 2022).

13. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

13.1 Dos cursos e eventos pedagógicos

Os cursos e eventos pedagógicos serão avaliados no decorrer de sua execução tendo como parâmetros a participação dos discentes nas atividades, frequência, produção de portfólios, registros em diários de campo, elaboração de projetos de intervenção como uma das atividades apresentadas ao final dos cursos, bem como outras pertinentes às características e natureza da ação formativa que sempre estará relacionada com os problemas de saúde levantados por cada área temática e processo de trabalho.

Além disso, a ESPBA disporá de sua Comissão de Monitoramento e Avaliação da Escola (CMAE), que tem por objetivo acompanhar, qualificar, orientar e avaliar as produções de caráter científico e acadêmico produzidos pelos discentes, através de formulários específicos e elaborados pelos docentes e pesquisadores que constituem a comissão ora mencionada.

Os indicadores a serem utilizados variam de acordo com a especificidade de cada curso e evento pedagógico, atendendo ao Projeto Político Pedagógico da Escola, bem como seu Regimento e o documento intitulado Diretrizes para Elaboração de TCC da ESPBA.

Os elementos teóricos e práticos dos cursos e eventos pedagógicos devem responder a um contexto social e subsidiar os discentes, trabalhadores de saúde, no enfrentamento aos desafios que se apresentam no cotidiano de trabalho do SUS.

Com isso, pretende-se alcançar a melhoria dos processos de trabalho e, conseqüentemente, uma melhor qualidade das condições de realização deste pelos trabalhadores, melhoria das condições de vida e de saúde da população e prestação dos serviços de modo resolutivo e efetivo.

Com a execução do plano espera-se qualificar 16.090 estudantes, trabalhadores, gestores, usuários e conselheiros da saúde.

13.2. DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Considerando a importância do monitoramento e avaliação no êxito do planejamento, foram definidos indicadores de acompanhamento para o Plano Estadual de Educação na Saúde 2019/2022, a fim de verificar a eficiência, eficácia das suas estratégias, e conseqüentemente, os resultados alcançados.

Para o Ministério do Planejamento/Governo Federal indicadores são “[...] instrumentos de gestão essenciais nas atividades de monitoramento e avaliação das organizações, assim como seus projetos, programas e políticas, pois permitem acompanhar o alcance das metas, identificar avanços, melhorias de qualidade, correção de problemas, necessidades de mudança etc.”.

Portanto, para cada área estratégica serão definidos indicadores, os quais devem dialogar com as estratégias, suas ações e, respectivas, metas. Além disso, o acompanhamento do plano deve ser periódico, para que os possíveis ajustes sejam realizados, de acordo com o contexto técnico, político e financeiro, assegurando flexibilidade do plano.

Para tanto, a equipe gestora do Plano Estadual de Educação na Saúde 2019/2022, composta pelas Diretorias da Superintendência de Recursos Humanos, encontrar-se-á trimestralmente para identificar os avanços e os entraves conjunturais que impactam na operacionalização das ações. Além desse espaço de acompanhamento e monitoramento, propõe-se que representantes das áreas técnicas que participaram da elaboração desse documento reúnam-se a cada quadrimestre com a equipe gestora do plano para que os ajustes realizados sejam consensuados coletivamente.

14. DESCRIÇÃO DAS PROPOSTAS EDUCATIVAS E OPERACIONALIZAÇÃO DO PES

Serão apresentadas no ANEXO I as ações por eixos estratégicos (Promoção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Especializada, Atenção Hospitalar, Rede de apoio Diagnose terapêutica e Gestão Política Administrativa), de forma ampliada, com a definição de metas e responsáveis. **As propostas metodológicas sugeridas envolvem: cursos técnicos, de atualização, aperfeiçoamento; especialização; encontros; oficinas e outros, com detalhamento dos sujeitos envolvidos, carga horária e custo estimado.**

Em virtude da complexidade que envolve o campo da saúde e as relações de trabalho, faz-se necessário a articulação das diversas áreas técnicas com vistas ao cumprimento dos compromissos estabelecidos. Para tanto, o trabalho interdisciplinar entre estas áreas deve considerar as dimensões técnica, política e pedagógica de cada linha de ação ou estratégia compartilhando os saberes ou conhecimentos desenvolvidos em cada área.

Neste sentido alguns mecanismos ou dispositivos de integração como o estabelecimento de contratos de cooperação, o planejamento integrado e sistemático, a troca efetiva de informações e o compartilhamento de recursos financeiros para o desenvolvimento de processos educativos são necessários e imprescindíveis para assegurar a operacionalização do Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de Atenção e de Vigilância à Saúde.

Desse modo, cabe as áreas técnicas desenvolver processos educativos articulados com as Escolas do SUS/Bahia; Contribuir para a qualificação do cuidado, considerando a Educação na Saúde como eixo orientador das suas estratégias e os conhecimentos específicos de cada área técnica; Contribuir para a execução do Plano Estadual de Educação na Saúde; Contribuir para a descentralização da proposta pedagógica do Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de Atenção e de Vigilância à Saúde e Monitorar e avaliar o Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de Atenção e de Vigilância à Saúde.

No que se refere à operacionalização deste plano compete, especificamente, a SUPERH e suas respectivas diretorias, Implementar alternativas gerenciais que permitam a garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e a melhoria das suas condições de trabalho e remuneração; Implementar mecanismos descentralizados e regionalizados de gestão do trabalho, incluindo a mobilização dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS em torno da melhoria das relações entre trabalhadores e destes com os usuários; Ofertar processos educativos condizentes com as necessidades identificadas na rede de atenção à Saúde do SUS/Ba em articulação com as áreas técnicas; ordenar o processo de formação e capacitação de pessoal de nível médio e superior em saúde e monitorar e avaliar o Plano Estadual de Educação na Saúde com ênfase nas Redes de

Atenção e de Vigilância à Saúde.

Além disso, as instâncias colegiadas (CIES, COSEMS, CIB, CES, CIR) cooperarão com o monitoramento e avaliação do desenvolvimento do PES 2019/ 2022 e serão responsáveis por estimular a implantação/implementação das Comissões de Integração Ensino e Serviço (CIES) nas regiões de Saúde; Apreciar, monitorar e avaliar a elaboração e execução dos PAREPS elaborados pelos municípios; Acompanhar a elaboração do PEEPS com ênfase nas Redes de Atenção e de Vigilância à Saúde 2019/2022, a fim de assegurar que as ações de educação na saúde previstas nos PAREPS estejam presentes e estimular os municípios na elaboração, implantação e implementação de estratégias para desprecarização dos vínculos trabalhistas.

15. ESTIMATIVA DE CUSTO

O recurso para viabilizar a operacionalização do Plano Estadual de Educação na Saúde 2019/2022, será obtido por meio do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde do SUS (PRO EPS SUS), instituído através da Portaria GM/MS Nº 3.194 de 28 de novembro de 2017, bem como a partir de recursos Estaduais e Municipais destinados a esse fim.

Considerando os processos constituintes do Plano Estadual de Educação na Saúde 2019/2022 tem-se uma estimativa de R\$ 3.731.564,00 (Três milhões, setecentos e trinta e um mil, quinhentos e sessenta e quatro reais), conforme ANEXO I (PEEPS – SESAB/BA).

13. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição(1988).ConstituiçãodaRepúblicaFederativadoBrasil.Brasília,DF:SenadoFederal,1988.

BRASIL. Lei8.080de19desetembrede1990.DiárioOficialdaunião,Brasília,1990.

BRASIL. Lei8.142de28dedezembrede1990.DiárioOficialdaunião,Brasília,1990.

BRASIL.PortariaMinisterialnº 4.279, de 30/12/2010. DiárioOficialdaunião,Brasília,2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 1.996/2007. Brasília,2007.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7508/2011. Brasília, 2011.

BRASIL.MinistériodaSaúde.HumanizaSUS:PolíticaNacionaldeHumanização

documentobaseparagestoresetrabalhadoresdoSUS.Brasília:MinistériodaSaúde,2004.

BRASIL.MinistériodaSaúde.CadernoHumanizaSUS – Acolhimento,Volume //// capítulo ////,p. ////////// –
//////////.Brasília,2009.

BRASIL. CONASS. Indicadores Nacionais de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Relatório da Reunião do Grupo de Trabalho da Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASS, 11/09/2012, Brasília, 2012.

BAHIA. Plano Plurianual do Estado da Bahia 2016-2019.

BAHIA. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia. Governo do Estado da Bahia. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos, 2012, p. 24.

BAHIA, Plano Estadual de Saúde. Governo do Estado da Bahia. Secretaria Estadual de Saúde (SESAB). Salvador: Secretaria Estadual de Saúde, 2016-2019.

CECCIM, Ricardo. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In Revista Interface, v.9, nº 16. 2005.

CECCIM, Ricardo; FERLA, Alcindo. Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação Observatório de Recursos Humanos. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 7 – 12.

FEUERWERKER, Laura C. M.. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007, vol.31, n.1, pp. 3-4. ISSN

0100-5502.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de and GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 603-613. ISSN 1414-3283.

SCHALL, V. T. STRUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas Cadernos de Saúde Pública, v. 15, Rio de Janeiro, Nov. 1999, p.4.

TEIXEIRA, Carmem e SOLLA, Jorge. Modelos de Atenção à Saúde: Promoção, vigilância e saúde da Família. EDUFBA: 2009.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva et al . Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170435, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300704&lng=en&nrm=iso>accession 25 Jan. 2019. Epub July 02, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0435>.

ANEXO I

Ações educativas do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde da Bahia - 2019/2022

Área Estratégica I - Promoção e Vigilância à Saúde	
Curso de Manejo da Lactação	
Carga Horária: 20 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (8 turmas/60) Qualificar 480 profissionais e gestores das Maternidades da Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 5.760,00
Curso de formação técnica na área de endemias	
Carga Horária: 20 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (40 turmas/30) Qualificar 1200 técnicos da epidemiologia, agentes de endemias e agentes comunitários	Estimativa de Custo: R\$ 28.800,00
Curso de AIDPI Neonatal	
Carga Horária: 24 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (20 turmas/20) Qualificar 400 trabalhadores e gestores envolvidos nos cuidados Neonatais	Estimativa de Custo: R\$ 17.280,00
Curso de AIDPI Pediátrico	
Carga Horária: 24 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (15 turmas/20) Qualificar 600 trabalhadores e gestores envolvidos nos cuidados Pediátricos	Estimativa de Custo: R\$ 21.600,00
Curso Básico de Vigilância em Saúde	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (8 turmas/30) Qualificar 240 trabalhadores das vigilâncias em saúde e da atenção básica	Estimativa de Custo: R\$ 10.368,00
Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador (Caderno de Atenção Básica nº 41)	

Carga Horária: 40 horas	Modalidade: a distância
Meta e Público alvo: Qualificar 400 trabalhadores das equipes de apoiadores e coordenadores da atenção básica	Estimativa de Custo: R\$ 25.040,00
Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia - ALSO	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: Qualificar 100 trabalhadores da assistência dos Hospitais e maternidades da Rede SUS-BA, que atuam diretamente na atenção materno-infantil	Estimativa de Custo: R\$ 216.000,00
Suporte Básico de Vida - BLS	
Carga Horária: 24 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (12 turmas/25) Qualificar 300 trabalhadores da assistência dos Hospitais e maternidades da Rede SUS-BA	Estimativa de Custo: R\$ 99.000,00
Suporte Avançado de Vida no Trauma - ATLS	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/25) Qualificar 100 trabalhadores da assistência dos Hospitais e maternidades da Rede SUS-BA	Estimativa de Custo: R\$ 160.000,00
Suporte Avançado de Vida em Pediatria - PALS	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (2 turmas/25) Qualificar 50 trabalhadores da assistência dos Hospitais e maternidades da Rede SUS-BA	Estimativa de Custo: R\$ 60.000,00
Curso de Atualização em Planejamento Estratégico	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (8 turmas/40) Qualificar 320 trabalhadores das Redes Estadual e Municipal de Saúde atuantes na gestão e planejamento no SUS-BA	Estimativa de Custo: R\$ 16.000,00
Curso de Atualização para Assistência Neonatal	

Carga Horária: 40 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na assistência ao Neonato nos Hospitais, Maternidades e Centros de Parto Humanizado estaduais no SUS-BA	Estimativa de Custo: R\$ 5.760,00
Curso Básico de Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: à distância
Meta e Público alvo: Qualificar 300 apoiadores e coordenadores da atenção básica	Estimativa de Custo: R\$ 14.096,00
Curso de Atualização em Vigilância de Ambientes e Processos de Trabalho	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 trabalhadores que atuam diretamente na vigilância de ambientes e processos de trabalho	Estimativa de Custo: R\$ 5.760,00
Encontro sobre Implementação da Resolução 588 de 12/7/2018	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (2 encontros/100) Qualificar 200 trabalhadores que atuam nos Núcleos Regionais de Saúde	Estimativa de Custo: R\$ 171.200,00
Curso de Manejo Clínico para Tuberculose	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (20 turmas/25) Qualificar 500 trabalhadores que atuam na assistência aos usuários acometidos pela tuberculose	Estimativa de Custo: R\$ 21.600,00
Curso de Manejo Clínico para Sífilis	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo:(16 turmas/25) Qualificar 400 trabalhadores que atuam na assistência aos usuários acometidos pela sífilis	Estimativa de Custo: R\$ 17.280,00
Oficina sobre Notificação e Investigação de Agravos de Notificação compulsória	

Carga Horária: 08 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo:(4 oficinas/100) Qualificar 400 trabalhadores que atuam na vigilância à saúde, especificamente, com notificação de agravos	Estimativa de Custo: R\$ 5.832,00
Oficina Macrorregional de Vigilância em Saúde	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (9 oficinas/100) Qualificar 900 trabalhadores que atuam na vigilância em saúde	Estimativa de Custo: R\$ 17.664,00
Curso de Atualização em Diagnóstico e Manejo de Agravos e Doenças Relacionadas ao Trabalho	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/50) Qualificar 200 trabalhadores que atuam diretamente com diagnóstico e manejo de agravos e doenças relacionadas ao trabalho	Estimativa de Custo: R\$ 4.320,00
SUB TOTAL 01	R\$ 923.360,00

Área Estratégica II – Atenção Básica	
Treinamento Introdutório para as Equipes de Saúde da Família	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (18 turmas/50) Qualificar 900 profissionais e gestores da Atenção Básica	Estimativa de Custo: R\$ 70.720,00
Treinamento para Implantação do Software para dispensação de medicamentos nos municípios do Estado da Bahia	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/25) Qualificar 100 profissionais e gestores das Maternidades da Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 2.304,00
Curso de Atualização em Redução da Mortalidade Materna Infantil	

Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (100 turmas/50) Qualificar 5.000 agentes comunitários de saúde	Estimativa de Custo: R\$ 144.000,00
Treinamento para acesso aos medicamentos e o fluxo de atendimento da Assistência Farmacêutica	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (2 turmas/50) Qualificar 100 profissionais de saúde que atuam diretamente com a viabilização do acesso aos medicamentos	Estimativa de Custo: R\$ 1.152,00
Oficina para Implantação e Implementação da Vigilância de Óbito Materno-Infantil	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (3 oficinas/100) Qualificar 300 trabalhadores que atuam na vigilância de óbito materno-infantil	Estimativa de Custo: R\$ 4.848,00
SUB TOTAL 02	R\$ 293.744,00

Área Estratégica III – Atenção as Urgências e Emergências	
Curso de Capacitação em Processos de Trabalho nas Urgências e Emergências com ênfase na Gestão da Clínica	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (8 turmas/30) Qualificar 240 trabalhadores de saúde que atuam na assistência ou na gestão direta das Urgências e Emergências da Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 20.800,00
Oficina sobre os itinerários terapêuticos e clínica ampliada	
Carga Horária: 08 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 oficinas/60) Qualificar 240 trabalhadores de saúde que atuam nos serviços voltados ao atendimento do HIV/AIDS e IST	Estimativa de Custo: R\$ 1.152,00
Curso para Implantação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) na Rede SESAB	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 trabalhadores de saúde que atuam ou atuarão nos NIR	Estimativa de Custo: R\$ 4.320,00
SUB TOTAL 03	R\$ 26.272,00

Área Estratégica IV – Atenção Especializadas	
Curso de Atualização em Políticas Públicas de Saúde com ênfase na Rede de Urgência e Emergência Estadual	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 trabalhadores de saúde que atuam diretamente na Rede Urgência e Emergência estadual	Estimativa de Custo: R\$ 5.760,00
Curso de Atualização para profissionais em Salas de Pé-Diabético	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30)	Estimativa de Custo:

Qualificar 120 trabalhadores de saúde que atuam nas salas de pé diabéticos no Estado da Bahia	R\$ 5.760,00
Curso de Formação em manejo pré-hospitalar e hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM)	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (8 turmas/20) Qualificar 160 trabalhadores de saúde que atuam nas salas de pé diabéticos no Estado da Bahia	Estimativa de Custo: R\$ 4.608,00
Curso de Atualização em Protocolos Clínicos para Acesso ao Medicamento, Dispensação e Renovação da continuidade do tratamento	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (3 turmas/40) Qualificar 120 trabalhadores de saúde que atuam com a estratégia do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF)	Estimativa de Custo: R\$ 6.640,00
SUB TOTAL 04	R\$ 22.768,00

Área Estratégica V – Atenção Hospitalar	
Curso de Formação em Cuidados Paliativos	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 trabalhadores e gestores dos Hospitais da Rede SESAB	Estimativa de Custo: R\$ 4.320,00
Treinamento em Triagem Auditiva Neonatal	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 trabalhadores da assistência em Maternidades e Hospitais da Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 4.320,00
Curso de Aperfeiçoamento em Assistência Farmacêutica Hospitalar	
Carga Horária: 180 horas	Modalidade: Presencial

Meta e Público alvo: (1 turma/60) Qualificar 60 trabalhadores da assistência farmacêutica nos Hospitais da Rede estadual	Estimativa de Custo: R\$ 6.480,00
Suporte Fundamental de Cuidados Intensivos - FCCS	
Carga Horária: 16 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: Qualificar 100 trabalhadores da assistência farmacêutica nos Hospitais da Rede estadual	Estimativa de Custo: R\$ 178.500,00
SUB TOTAL 05	R\$ 193.620,00

Área Estratégica VI – Rede de Apoio, Diagnose e Terapêutica	
Curso de Ultrassonografia Pediátrica	
Carga Horária: 36 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (1 turma/30) Qualificar 30 trabalhadores que atuam em Serviços de Pediatria na Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 140.000,00
Formação em Boas Práticas de Gerenciamento de Equipamentos Médicos e Material Médico Hospitalar	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 trabalhadores que atuam em diretamente com o gerenciamento de equipamentos médicos e material médico hospitalar da Rede Própria e Policlínicas Regionais	Estimativa de Custo: R\$ 4.320,00
Curso de Especialização em Gestão e Procedimentos para Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante	
Carga Horária: 400 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (2 turmas/40) Qualificar 80 trabalhadores que atuam na gestão e procedimentos para doação de órgãos e tecidos para transplante	Estimativa de Custo: R\$ 440.000,00

Curso de Especialização em Gestão de Tecnologias com ênfase em Engenharia Clínica	
Carga Horária: 530 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (1 turmas/40) Qualificar 40 trabalhadores das diversas Engenharias e Tecnólogos das áreas de eletro-eletrônica	Estimativa de Custo: R\$ 250.000,00
Curso de Especialização em Gestão de Tecnologias com ênfase em Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares	
Carga Horária: 425 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (1 turma/40) Qualificar 40 trabalhadores das diversas Engenharias, Tecnólogos da área de eletro-eletrônica, Administração, Enfermagem, Fisioterapia e Medicina	Estimativa de Custo: R\$ 250.000,00
Curso de Ecocardiografia Pediátrica Funcional	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: Qualificar 100 médicos especialistas que atuam no diagnóstico por imagem na Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 245.000,00
Curso de Atualização em Boas Práticas de Gerenciamento de Equipamentos Médicos	
Carga Horária: 60 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/50) Qualificar 200 trabalhadores e gestores Unidades Hospitalares da Rede Própria do Estado e Policlínicas Regionais.	Estimativa de Custo: R\$ 8.640,00
SUB TOTAL 06	R\$ 1.337.960,00

Área Estratégica VII – Gestão Política e Administrativa	
Curso de Atualização em Gestão Hospitalar no SUS	
Carga Horária: 120 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/40) Qualificar 160 gestores dos hospitais da Rede do	Estimativa de Custo: R\$ 17.280,00

Estado	
Curso de Formação de Gestores para Atuação na Assistência Farmacêutica	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/30) Qualificar 120 gestores e secretários de saúde	Estimativa de Custo: R\$ 5.760,00
Curso de Especialização em Gestão Municipal	
Carga Horária: 380 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/60) Qualificar 240 secretários de saúde e assessores	Estimativa de Custo: R\$ 338.880,00
Curso de Gestão de Contratos no Serviço Público	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (6 turmas/30) Qualificar 180 trabalhadores que atuam na gestão de contratos no serviço público	Estimativa de Custo: R\$ 6.480,00
Curso de Atualização em Compras, Contratos e Contas Médicas no Serviço Público	
Carga Horária: 40 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (6 turmas/30) Qualificar 180 trabalhadores e gestores que atuam no setor de compras, contratos, contas médicas e faturamento das unidades da Rede do Estado	Estimativa de Custo: R\$ 8.640,00
Curso de Atualização em Tecnologia em Saúde no Serviço Público	
Carga Horária: 30 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (6 turmas/30) Qualificar 180 gestores das unidades do Estado e trabalhadores quem atuam nas áreas de Tecnologia da Informação	Estimativa de Custo: R\$ 8.640,00
Curso de Formação de Conselheiros de Saúde e Lideranças Comunitárias	
Carga Horária: 120 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (9 turmas/40) Qualificar 360 conselheiros de saúde e lideranças comunitárias	Estimativa de Custo: R\$ 96.480,00

Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular	
Carga Horária: 180 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (30 turmas/60) Qualificar 1.800 trabalhadores, lideranças comunitárias e representação de movimentos sociais	Estimativa de Custo: R\$ 194.400,00
Curso de Formação de Docentes em Saúde Pública	
Carga Horária: 180 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (8 turmas/30) Qualificar 240 trabalhador-docentes do SUS Bahia	Estimativa de Custo: R\$ 60.000,00
Curso de Gestão Intermediária do SUS	
Carga Horária: 180 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (4 turmas/40) Qualificar 160 gestores, trabalhadores da gestão intermediária do SUS	Estimativa de Custo: R\$ 17.280,00
Curso de Formação de Preceptores para o SUS	
Carga Horária: 180 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (12 turmas/30) Qualificar 360 preceptores da Rede Sus Ba	Estimativa de Custo: R\$ 42.000,00
Curso de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho em Saúde do SUS Bahia	
Carga Horária: 180 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (10 turmas/40) Qualificar 400 gestores e trabalhadores sobre as agendas e políticas de gestão do trabalho na saúde	Estimativa de Custo: R\$ 80.000,00
Curso de atualização pedagógica dos mediadores de estagio	
Carga Horária: 320 horas	Modalidade: Presencial
Meta e Público alvo: (04 turmas/20) Qualificar 80 mediadores de estagio na rede Sesab	Estimativa de Custo: R\$ 48.000,00
SUB TOTAL 07	R\$ 923.840,00
TOTAL GERAL	R\$ 3.731.564,00

PUBLICAÇÃO DO AD REFERENDUM DO PLANO ESTADUAL DE EPS DO ESTADO DA BAHIA

RESOLUÇÃO CIB/BA Nº. 313 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2018

AR EXECUTIVO

DIÁRIO OFICIAL

RESOLUÇÃO CIB Nº 311/2018

Aprova o detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar - AD da Rede de Atenção às Urgências do Município Santo Estevão. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia no uso de suas atribuições, tendo em vista o decidido na 264ª Reunião Ordinária, do dia 20 de dezembro de 2018, e considerando a Portaria GMMS nº 761, de 08 de julho de 2013, que estabelece normas para o cadastramento no SCNES de estabelecimentos e equipes que farão parte da Atenção Domiciliar no SUS;

A Portaria GMMS nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
A Resolução CES nº 15, de 15 de dezembro de 2016, que aprova o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

RESOLVE

Art. 1º Aprovar o detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar - AD da Rede de Atenção às Urgências do Município Santo Estevão, conforme tabela abaixo:

MUNICÍPIO	CODIGO IEGE	PROPONENTE	Nº EMAD - Tipo I	Nº EMAP
Santo Estevão	2029802	Municipal	01	01

Art. 2º A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação Salvador, 20 de dezembro de 2018.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário Estadual da Saúde
Coordenador da CIB/BA

Stela dos Santos Souza
Presidente do COSEMS/BA
Coordenadora Adjunta da CIB/BA

RESOLUÇÃO CIB Nº 312/2018

Aprova a habilitação dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia em unidades dos Municípios Senhor do Bonfim, Riachão do Jacuipê e Mutuípe. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia no uso de suas atribuições, tendo em vista o decidido na 264ª Reunião Ordinária, do dia 20 de dezembro de 2018, e considerando: A Resolução CIB nº 099, de 10 de julho de 2009, que aprova o fluxograma de credenciamento de serviços de saúde para realização de Vasectomia e Laqueadura Tubária; A Resolução CES nº 22, de 24 de janeiro de 2015, que aprova o Plano Plurianual 2016-2019 da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

RESOLVE

Art. 1º Aprovar a habilitação dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia em unidades dos Municípios de Senhor do Bonfim, Riachão do Jacuipê e Mutuípe, conforme planilha abaixo:

MUNICÍPIO	UNIDADE	CHES	CHPJ	HABILITAÇÃO
Senhor do Bonfim	Hospital Municipal Dum Antônio Monteiro	2770512	13.988.308/0001-39	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia
Riachão do Jacuipê	SIAS - Instituto de Saúde e Ação Social	2601737	16.408.624/0002-06	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia
Mutuípe	Hospital Maternidade Celieta Rebouças	2601575	14.812.333/0001-20	1901 - Laqueadura Tubária 1902 - Vasectomia

Art. 2º A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação Salvador, 20 de dezembro de 2018.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário Estadual da Saúde
Coordenador da CIB/BA

Stela dos Santos Souza
Presidente do COSEMS/BA
Coordenadora Adjunta da CIB/BA

RESOLUÇÃO CIB Nº 313/2018

Aprova ad referendum o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) do Estado da Bahia.

O Coordenador e a Coordenadora adjunta da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/BA, no uso de suas atribuições e considerando:
A Portaria GMMS 1996/2007, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e que no seu Art. 21 define o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais como responsáveis por planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino e Serviço;
A Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS Bahia (PEGTE), que em seu item 04, referente à regionalização e descentralização, propõe o fortalecimento da Comissão de Integração Ensino e Serviço Estadual e implantação das Comissões Regionais;
A Portaria nº 3194, de 28 de novembro de 2017, que institui o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS SUS, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, para transformação das práticas de saúde;
O incentivo de custeio para elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) através da adesão do Estado para elaboração do PEEPS, com previsão mínima de um ano, com participação dos municípios, conduzido pela Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES e pactuado na CIB;
O incentivo de custeio para execução de ações de educação permanente em saúde pelas equipes de atenção básica, através da adesão municipal para realizar ações de EPS, contemplando os contextos de necessidade de qualificação dos trabalhadores.

A oportunidade de construir planos regionais de educação permanente em saúde (PAREPS) e a organização da oferta de processos educativos de forma regionalizada e articulada em Rede. A relevância de utilizar ações educativas para contribuir com o fortalecimento dos processos de gestão da atenção à saúde, associada às coberturas de Saúde da Família no território baiano. A realização de oficinas nas nove macrorregiões de saúde para construção dos planos regionais de educação permanente em saúde (PAREPS), através da CIES do Estado da Bahia, em parceria com o COSEMS;

A Resolução CIB nº 199, de 22 de julho de 2010, que aprova a Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço - CIES/BA;
A Resolução CIB nº 136, de 31 de janeiro de 2012, que aprova a conformação das CIES REGIONAIS.

A deliberação da 263ª Reunião Ordinária da CIB/BA, realizada no dia 14 de novembro de 2018, que aprovou a realização dos Encontros Regionais de Educação na Saúde - para elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde - PAREPS;

A deliberação da 264ª Reunião Ordinária da CIB/BA, realizada no dia 20 de dezembro de 2018, que aprovou a publicação em ad referendum do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

RESOLVE

Art. 1º Aprovar ad referendum o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do SUS Bahia (PEEPS).

Parágrafo Único. A Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH/SESAB), fica com compromisso de apresentar à CIB o PEEPS completo no ano de 2019, com as informações regionais consolidadas, assim que sejam concluídos os Encontros dedicados à construção dos planos regionais de educação permanente em saúde (PAREPS).

Art. 2º A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação Salvador, 20 de dezembro de 2018.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário Estadual da Saúde
Coordenador da CIB/BA

Stela dos Santos Souza
Presidente do COSEMS/BA
Coordenadora Adjunta da CIB/BA

RESOLUÇÃO CIB Nº 314/2018

Aprova o Projeto de Implantação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador - CEREST, do município de Itiúba. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia no uso de suas atribuições, tendo em vista o decidido na 264ª Reunião Ordinária, do dia 20 de dezembro de 2018, e considerando: A Portaria Federal GMMS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no SUS; A meta estipulada ao Ministério da Saúde de assegurar 100% das regiões de saúde com cobertura de pelo menos um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), prevista no Plano Plurianual 2016-2019 (Lei nº 13.249/2016);

A Resolução CNS nº 603, de 08 de novembro de 2018, que apresenta proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores no SUS, com o objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CEREST, com vistas à correção das assimetrias existentes entre as diversas regiões e em atendimento às realidades locais.

RESOLVE

Art. 1º Aprovar o Projeto de Implantação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador - CEREST, do município de Itiúba.

Art. 2º Definir a área de abrangência do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador do município de Itiúba, sendo composta pelos seguintes municípios da Região de Saúde de Itiúba: Arataca, Canavieiras, Itiúba, Itacaré, Mascote, Santa Luzia, Una, Urucuçã.

Art. 3º A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação Salvador, 20 de dezembro de 2018.

Fábio Vilas-Boas Pinto
Secretário Estadual da Saúde
Coordenador da CIB/BA

Stela dos Santos Souza
Presidente do COSEMS/BA
Coordenadora Adjunta da CIB/BA

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL

Portaria nº 49 de 21 de dezembro de 2018.

A DIRETORA GERAL DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições, e com base no art. 26 do Decreto Estadual nº. 13.957, de 07 de maio de 2012, e art. 186, I da Lei Estadual 9.433/05, resolve aplicar a sanção de multa, prevista a seguir:

PROCESSO ADMINISTRATIVO	PARECER	EMPRESA	CHPJ	AFM	PE	VALOR EM R\$
0300170650259	PA-11CAO-FFB-1048/2018	Krol Indústria de Movers Ltda	90.072.620/0001-29	19.004.008.202017	17/2017	316,94

CARLA ORNELLAS SCOTT
Diretora Geral

Serviços Gráficos: 71 3116-2837/2838