



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

A Câmara Técnica não é deliberativa. Os itens aqui discutidos e pactuados serão avaliados na reunião da CIB e poderão ser alterados.

**ATA DA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIAINTEGRADA DA CÂMARA
TÉCNICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

LOCAL: Reunião Virtual

DATA: 24 de novembro de 2021

HORÁRIO: 13h30min

PRESENTES À REUNIÃO/Virtual

SES:Lourdes de Costa Remor (CIB), Jane Laner Cardoso (DAPS) Aline Arceno (DIVE), Débora Batista Rodrigues (DAPS), Maria Catarina da Rosa (DAPS), Roberta Ivana Vanacôr (DIVS), Larissa Marques (DAPS), João Paulo Silveira (DAPS),Elona Maroá Ramos (DAPS), Janete Ferreira Pinheiro (SUV), Ariele Fialho (DAPS).

COSEMS:Priscila Meira (Cosems), Arnaldo Munhoz (Gaspar), Alana (orleans), Janaina (xxx) Michele Vos (São Ludegero), Cátia Marcon (Cosems), Ariane Beatriz Costa (Brusque), Geórgia Staudienger (Ituporanga), Ricardo de Paula (Cosems), Vanderlei Bezbatti (Cosems), Jocivânia Pessenti (Cosems), Roseclair Barros (Cosems), Bruna Carla Stork (Blumenau), Ana Vidor (Florianópolis), Francine Matos (Serra/Meio Oeste), Fabiana Fernades de Almeida (Joinville), Adriéllen Marciniak (Mafra), Maéli MaschioCalejon (Videira), Ediane Bergamin (Chapecó), Célio (Caçador), Thaís Ramos (Navegantes).

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: JANE LANER CARDOSO

PAUTA

1) Discussão sobre a importância de uma política estadual - Fórmulas infantis (Documento ainda não redigido) - primeira aproximação com o tema. (Municípios do planalto norte). Síntese: Considerando que os municípios estão tendo que se organizar para adquirir essas fórmulas, ainda sem apoio do estado, seria interessante pensarmos em uma proposta conjunta sobre o tema em questão (Luciane);

2. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no estado de Santa Catarina – 2022 (Aline);

3. Proposta de Deliberação de Equipes Multiprofissionais: cofinanciamento estadual (Jane).

4. Solicitação de exames Pré Natal (Priscila)

Síntese: Solicitação de exames pré natal que não tem disponibilidade na região (municípios foz do rio Itajaí)

5. Consultas na atenção primária intermunicipal (Priscila)

Síntese: sobrecarga de atendimento em um município em detrimento de outro (discussão);



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

43 6. Capacitação sala de vacinas (Cosems).

44

45 **1. FÓRMULAS ALIMENTARES INFANTIS**

46 Luciane Savi (Assessora Técnica Cosems) contextualiza de forma rápida a situação
47 das fórmulas alimentares infantis padronizadas no SUS. Cita que existem poucas
48 fórmulas alimentares padronizadas dentro da Assistência Farmacêutica e o que
49 existem estão no componente especializado, que não atendem as necessidades
50 dos usuários. Refere que seria importante discutir, sobretudo, as fórmulas
51 alimentares na Atenção Primária. Hoje, existem muitas dúvidas dos municípios
52 sobre o que existem de padronização, se estão disponíveis ou não. E, a intenção
53 nessa reunião é ver como o estado enxerga isso e o que o estado tem de política
54 nesse sentido ou alguma proposta que pudesse construir junto com o Cosems.
55 Priscila Meira (Cosems) cita que na reunião prévia dessa reunião discutiram que
56 não existe protocolo de fórmulas alimentares. Priscila cita ainda, as fraldas e a
57 questão da amamentação, das fórmulas para as crianças portadoras de HIV, que
58 não conseguem amamentar, que pudessem ser prorrogadas para 01 ano em vez
59 de 06 meses o prazo para essa alimentação. Arnaldo Munhoz (Gaspar) informa
60 que em Gaspar existem 52 crianças recebendo fórmulas infantis. E que não existe
61 uma política para isso, sendo que esse custo é mantido pelo município. Cita que
62 possuem um protocolo municipal e que discutiram no Consórcio para ver a
63 possibilidade de estender o protocolo para os municípios menores. Jane Laner
64 Cardoso (Diretora da DAPS) esclarece que auxiliou na elaboração do protocolo no
65 Município de Florianópolis, mas, no estado, ainda não conseguiram tempo para
66 isso. Cita que o estado fornece fórmulas especiais para doenças específicas como
67 a fenilcetonúria e alergias alimentares, por meio de processo. Coloca que, fornecer
68 fórmulas infantis para crianças que não possuem doenças, como um problema.
69 Pensa que não deve ser estimulado, pois, desmama as crianças. A luta é reforçar
70 que o melhor alimento é o leite materno, exceto as que não conseguem
71 amamentar. Sugere uma discussão junto com a Diretoria de Assistência
72 Farmacêutica. Ressalta que se deve ter muito cuidado ao introduzir fórmulas
73 infantis para crianças. Coloca-se a disposição para fazer as discussões sobre esse
74 assunto. Arnaldo Munhoz refere que concorda com a Diretora da DAPS, mas,
75 concorda também, em discutir esse assunto sobre as crianças que realmente
76 necessitam de fórmulas infantis. Adriele (Mafra) menciona que em Mafra
77 organizaram uma maneira de acompanhar as crianças que necessitam de
78 alimentação. A dificuldade no Município de Mafra é que o não possui um protocolo
79 para fórmulas infantil enterais. Cita ainda, que a CONITEC sugeriu que os
80 municípios adquirissem as fórmulas infantis com custo reduzido. Priscila
81 contextualiza a situação, colocando que Gaspar possui protocolo e custeia essas
82 fórmulas e Mafra não possui protocolo. São as diferenças. Luciane Savi lembra as
83 fórmulas disponíveis no componente especializado, mantidas pelo MS e pactuadas
84 com recurso da União. Essas fórmulas são as disponíveis no CEAf. Refere que o
85 grande problema é sobre as fórmulas que não constam em nenhum programa.
86 Questiona se existe alguma fórmula que seja fornecida pelo estado que não esteja
87 nos protocolos. E, se o estado poderia estudar uma maneira de disponibilizar
88 alguma fórmula infantil. Da maneira que está, cada município cria um protocolo
89 diferente, fornecendo fórmulas, que podem não serem adequadas às crianças. O



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

90 que se pleiteia é que se adquira em quantidade significativa por custo menor e isso
91 teria que ser adquirido de modo centralizado pelo estado ou por meio de consórcio
92 público. Solicita uma discussão juntamente com o estado para viabilizar essa
93 aquisição pelos municípios. Jane Laner Cardoso menciona que tem medo de trazer
94 uma proposta sobre isso, em função do que já colocou acima, mas, concorda em
95 realizar um estudo para a elaboração de uma proposta. Reforça ainda, que os
96 casos que necessitam de fórmulas infantis são baixos e que argumenta o
97 diagnóstico de 52 crianças em um município. No Município de Florianópolis, o
98 fornecimento de fórmulas infantis é toda regulada por nutrólogas. Priscila reforça
99 que a proposta não é desmamar as crianças, mas, garantir o acesso para as
100 crianças que não conseguem se alimentar.

101 **Encaminhamentos:** Organizar um grupo técnico para elaborar uma proposta.

102

103 **2. PROPOSTA DO COFINANCIAMENTO DA APS: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

104 João (Assessor Técnico da DAPS) traz a proposta de Cofinanciamento da APS e
105 esclarece como as equipes devem estar implantadas e cadastradas no CNES. É o
106 regramento da montagem das equipes multiprofissionais da APS. Foi difícil
107 entender a nova estruturação do NASF e a sua essência. Cita que, quando foi
108 instituído o PREVINE BRASIL que modificou a maneira do cofinanciamento da
109 APS, foi importante entender todo o funcionamento da equipe multiprofissional. O
110 cadastramento é simples por meio do CNES com o código 72. Essa equipe
111 multiprofissional deve estar vinculada, no máximo, a 03 equipes de saúde da
112 família– eSF. Há uma sinalização de cadastrar enfermeiro obstétrico e as
113 categorias relacionadas nas diretrizes. O principal ponto é o usuário SUS dispor de
114 acesso ao atendimento na APS de qualidade. O financiamento pelo MS inicia após
115 o envio da base do CNES e o MS publicar no calendário. João se coloca a
116 disposição para quaisquer dúvidas. João cita algumas diretrizes do processo de
117 trabalho dessas equipes. O processo de trabalho é centrado no usuário. Sinaliza
118 questões importantes a médio e a longo prazo. O caderno 9 da Atenção Básica
119 priorizava algumas ações, reduzindo o tempo de trabalho do profissional de saúde,
120 pois era necessário cumprir essas ações. Nesse processo de trabalho, o
121 profissional tem o seu trabalho mais flexibilizado e centrado na abordagem do
122 usuário em vez de priorizar ações de planejamento e outros. A promoção e a
123 prevenção já estão instituídas na APS nos municípios. Apontam alguns
124 instrumentos como o atendimento domiciliar e outros. A APS possui uma dinâmica
125 imprevisível, portanto, a procura espontânea tem que estar prevista e não somente
126 o atendimento agendado. Muitas práticas integrativas passam a ser oferecidas com
127 atividades coletivas. João cita que essa é a proposta para as equipes
128 multiprofissionais. Essa proposta vem confirmar a continuação da política no
129 próximo ano, do cofinanciamento. Jane Laner Cardoso cita que seria uma Nota
130 Técnica, mas foi necessário colocar em Deliberação, pois, o cofinanciamento não
131 constava na Deliberação 136/2021 que restituiu o cofinanciamento. Priscila sugere
132 que cada equipe multiprofissional possa ser vinculada até 05 equipes de saúde da
133 família, no máximo, e não 03 como estão na proposta. Ressalta que o NASF não
134 acabou, que o recurso vem embutido no bloco da APS. João cita que o cálculo das
135 equipes foi feito pela carga horária de cada profissional da equipe multiprofissional
136 e concorda na sugestão do Cosems para vincular até 05 equipes de saúde da



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

137 família. Arnaldo Munhoz concorda e pensa que o município deve monitorar se esse
138 número contempla as necessidades.

139 **Encaminhamentos:** Levar para a próxima CIB.

140

141 **3. PLANO ESTADUAL DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

142 Aline Arceno (DIVE) traz as ações estratégicas para a implementação do Plano
143 Estadual de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Na última reunião esse Plano
144 foi apresentado, mas ficaram alguns ajustes para serem realizados, sugeridos
145 pelos membros da Câmara Técnica e APS, principalmente. O objetivo é reduzir a
146 taxa de mortalidade das pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos de idade pelo
147 conjunto das quatro principais DCNT: doenças cardiovasculares, neoplasias,
148 diabetes e doenças respiratórias crônicas. A principal justificativa é 1/3 da
149 mortalidade em pessoas com menos de 60 anos por essas doenças. As ações
150 estratégicas estão divididas por eixos. Foram incluídas ações no Eixo II de Atenção
151 Integral à Saúde. Priscila Meira (Cosems) cita que tem algumas dúvidas. A
152 *ponderação é referente à redução da mortalidade prematura relacionada ao ano*
153 *anterior*. Sugere melhorar a redação dessa frase. Com relação às dúvidas, uma é
154 sobre o Sistema de Informação Vigitel. Essas informações do Vigitel não são
155 diárias e como ter acesso ao Vigitel. Com relação ao crescimento das doenças
156 crônicas em adultos e óbitos. Como foram realizados esses cálculos. Pergunta se o
157 estado vai fornecer essas informações para os municípios. Referente à integração
158 dos sistemas, não dá para trabalhar somente com o Vigitel. Questiona qual a
159 contrapartida do estado para os municípios para auxiliar na integração dos
160 sistemas. Com relação à Linha de Cuidado, a dúvida é, se os próprios municípios é
161 que vão elaborar as suas linhas de cuidado ou essas linhas de cuidado virão
162 prontas do estado. Priscila cita que sabem que existem algumas linhas de cuidado
163 já nos planos. Como os municípios alcançarão essas metas com ações de difícil
164 mensuração, embora saiba que o Plano está baseado no Plano Nacional.
165 Menciona que, se os planos viessem alinhados com as ações a serem executadas,
166 facilitaria muito. Cita que é mais favorável à política de redução de danos. Ana
167 Vidor, Diretora da Vigilância Epidemiológica do Município de Florianópolis, coloca
168 que não esteve na reunião anterior e cita que também ficou na dúvida com relação
169 a elaboração das linhas de cuidado. Cita que não viu a regulação e que estão com
170 fragilidade no sistema de regulação e telemedicina. Refere as ponderações da
171 Priscila, de como se farão as intervenções mais sistêmicas na parte da promoção e
172 vigilância, com relação ao uso de álcool e tabagismo. Referente às intervenções
173 regulatórias e coletivas, refere que há vários exemplos de como regular. Cita que
174 não viu e não tem certeza se o Plano não está contemplando. Aline (DIVE) cita
175 que, a maioria das ações não foram elaboradas pela vigilância epidemiológica, pois
176 dependem de outras áreas técnicas. As informações sobre os fatores de riscos
177 como a obesidade, Aline esclarece que são informações do Vigitel, sendo que não
178 há outro sistema de informação desses dados ou um sistema específico. O Plano
179 Nacional também tem como base o Vigitel. O Vigitel é uma pesquisa feita nos
180 estados e nas capitais por telefone, do Ministério da Saúde (por empresa
181 contratada). Com relação à taxa de mortalidade, são dados dos municípios,
182 descentralizados para os municípios. A idéia é possuir boletins específicos para
183 facilitar as informações. A vigilância epidemiológica gerencia essas informações.
184 Referente às sugestões, foram incluídas ações de regulação no Eixo II. Várias



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

185 ações de regulação foram especificadas no Eixo II. Com relação às ações amplas,
186 várias estratégias foram colocadas como parcerias com instituições de ensino, da
187 sensibilização por mídias, capacitação de profissionais. Com relação às Linhas de
188 Cuidado, Jane Laner Cardoso informa que algumas já foram construídas
189 articuladamente: Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Renal que estão disponíveis
190 na página da SES. A renal foi a última a ser construída e estão trabalhando na
191 capacitação com uma regional, a Região do Grande Oeste. A Linha de Cuidado da
192 Saúde Mental, Bucal, Materno Infantil estão em estudo e podem ser trazidas para a
193 Câmara Técnica muito em breve. A Linha de Cuidado do Idoso já está em fase de
194 implantação. Priscila sugere que os municípios trabalhem com as Linhas de
195 Cuidado já construídas pelo estado. Fabiana Fernandes (Joinville) cita sobre o
196 Vigitel, que é um sistema do Ministério da Saúde, não sendo acessível aos
197 municípios; os óbitos são dados dos municípios. O que impacta nas metas sem
198 acesso à informação nos municípios são os dados do vigitel. Fabiana Fernandes
199 cita as atividades físicas, a obesidade, os embutidos na alimentação, uso do álcool
200 que são ligados diretamente ao vigitel. Esses dados não estão disponíveis nos
201 municípios. Cita que, além de metas serem ousadas, pois são ligadas a mudanças
202 de comportamento das pessoas, como descobrirá se as ações implementadas
203 estarão sendo efetivas. Questiona como acessar esses dados para saber se as
204 ações estão contribuindo para o alcance das metas ou terão que esperar 10 anos
205 para avaliação do Plano para conhecer os efeitos das ações estratégicas no
206 comportamento das pessoas. Cita também o SIH, que é um sistema de
207 monitoramento de internação e não de vigilância. Questiona como estudar e
208 organizar essas ações. Sugere contatar o MS para saber como eles pensaram
209 esses indicadores, essas metas. Aline Arceno esclarece que as metas são do
210 estado, que o Plano é estadual. Os dados do vigitel são do estado e das capitais.
211 Com relação à SIH, os dados podem ser conseguidos no TABNET. A DIVE não
212 possui esses dados prontos também. Priscila faz a leitura de algumas observações
213 do Chat. Citam que as metas são estaduais, mas a execução é municipal. Arnaldo
214 Munhoz questiona se os dados do vigitel são somente das capitais e serão
215 utilizados nos municípios. Aline esclarece que o vigitel avalia o estado e as capitais.
216 Aline esclarece ainda, que não são todas as metas que são avaliadas pelo vigitel.
217 Muitas metas são avaliadas pelas taxas de mortalidade. Priscila questiona se a
218 SES vai acatar as ponderações do Cosems e se a SES apresentará ao Cosems
219 antes da reunião da CIB, o Plano atualizado com os ajustes. Aline Arceno acredita
220 que as sugestões propostas pelo Cosems na reunião anterior foram contempladas
221 no Plano Estadual. O problema é que os municípios não receberam o Plano
222 atualizado. Priscila recomenda que seja apresentado na CIB e não somente
223 informado na CIB. Jane Laner Cardoso sugere que nas próximas vezes, avaliar o
224 Plano, primeiro nas CIRs, para depois vir para a Câmara Técnica. Arnaldo Munhoz
225 refere que concorda com a fala da Diretora da DAPS e deve ser lembrado para os
226 próximos planos, pois é importante que haja esse movimento entre os gestores nas
227 CIRs, que haja essa discussão lá nas CIRs. É uma ponderação que faz e cita que é
228 cobrado nos municípios sobre essas discussões. Embora, cite que se está
229 discutindo sobre esse plano na Câmara Técnica e o Cosems não está contra o
230 Plano. Sugerido colocar no Plano uma revisão das metas pela Câmara Técnica em
231 um ou dois anos. Priscila cita que concorda em aprovar o Plano Estadual, mas
232 sugere incluir um prazo determinado para reavaliação do mesmo. Fabiana



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

233 Fernandes lembra que 07 metas são de dados do vigitel que o município não
234 possui monitoramento mensal desses dados. Alguns dados são dos municípios,
235 como os planos são construídos na situação de saúde. Ressalta que não é contra a
236 aprovação, mas acredita que são metas ousadas para a falta de acesso de fonte
237 de informação. Aline Arceno concorda em colocar a revisão num prazo menor.
238 Plano Estadual para a vigência 2022-2030. Priscila refere que revisitarão o Plano
239 com os técnicos do Cosems e devolverão para a SES/DIVE com as manifestações.
240 Bruna cita que acha complicada aprovar o Plano e depois retirar metas que podem
241 parecer que foram retiradas em função de dificuldades em conseguir alcançá-las.
242 Arnaldo Munhoz cita que o receio em pactuar é o não acesso as informações dos
243 dados do vigitel. Sugere excluir as metas relacionadas aos dados do vigitel.
244 **Encaminhamentos:** Tentar ajustar SES e Cosems para levar para aprovação para
245 a CIB.

246

247 **4. SOLICITAÇÃO DE EXAMES PRÉ NATAL**

248 Jane Laner Cardoso questiona ao Cosems que exames são esses do pré natal.
249 Arnaldo Munhoz cita que é uma demanda das CIRs e refere que se tratam de
250 exames de gestante de alto risco. Que são exames que não estão na tabela
251 SIGTAP. Na gestante de alto risco, refere que é um exame pontual de
252 eletrocardiograma fetal. É um movimento da CIR com fundamentação teórica para
253 conseguir pactuar na PPI ou outra forma. Arnaldo sugere retomar a discussão do
254 Comitê da Rede Cegonha. Não sabe dizer se é pontual da Região do Médio Vale.
255 Jane sugere que Arnaldo oficialize a SES/DAPS para que seja feito um estudo
256 sobre a programação do estado, se existem algumas coisas sobre esses exames
257 ou a possível inclusão. Priscila Meira coloca que não encaminharam nenhum
258 documento para a SES. Solicita que Débora faça as suas colocações se assim
259 quiser. Débora (DAPS) esclarece que nem todos os exames que estão na tabela
260 SIGTAP são disponíveis para as gestantes de alto risco. Existem percentuais
261 definidos na Rede Cegonha. Concorda em retomar as discussões da Rede
262 Cegonha. cegonha@saude.sc.gov.br

263 **Encaminhamentos:** Arnaldo (Cosems) oficializará a SES sobre a solicitação do
264 exame de pré natal de alto risco.

265

266 **5. CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA INTERMUNICIPAL**

267 Jane Laner Cardoso pergunta ao Cosems qual a demanda para poder esclarecer
268 sobre a pauta. Arnaldo Munhoz cita que são situações do dia a dia que veio dos
269 gestores e fala do Médio Vale do Itajaí. Refere que os municípios de pequeno porte
270 prestam algum atendimento diferenciado, pois possuem ginecologista ou pediatra
271 na Atenção Primária. Os gestores sentem, no caso do pré-natal, em função dos
272 indicadores do Previne Brasil, que usuários de outros municípios acessam a porta
273 daAPS de municípios pequenos que possuem ginecologista para fazer o seu pré-
274 natal, mas que, posteriormente, não retornam para aquele município em que teve o
275 acesso ao ginecologista. Arnaldo sugere que se elaborem orientações para os
276 municípios nesse sentido. Sabe que não se deve negar acesso, mas, deveria ter
277 orientações para os municípios sobre a integralidade do cuidado, que esses
278 usuários acabam perdendo por acessar a consulta e não retornarem para a
279 continuação do cuidado. Jane Laner Cardoso cita que existe um projeto para
280 implantação para qualificação nos municípios por meio do qualificaAPS.



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

281 **Encaminhamentos:** Jane Laner Cardoso solicita que Arnaldo oficialize essas
282 questões para SES/DAPS.

283

284 **6. CAPACITAÇÃO SALA DE VACINAS**

285 Priscila Meira coloca que essa é uma pauta da Região de Laguna. 18 municípios
286 da Região solicitam capacitação em sala de vacinas, por meio da CIR ao Cosems.
287 Ariele Fialho (DIVE) cita que sabe das necessidades dos municípios, mas o estado
288 não tem conseguido realizar centralizado e, portanto, já autorizou as regiões a
289 realizarem de forma descentralizada. A DIVE/SES encaminha todas as orientações
290 sobre estrutura e monitores que necessitarão para as capacitações e sobre
291 pagamento hora/aula. A SES encaminha também, os arquivos dos materiais que
292 serão utilizados bem como os materiais para as aulas práticas como a boneca e
293 outros insumos. Ariele informa que muitas regiões já realizaram capacitações. Já
294 são 275 pessoas capacitadas no estado. Não é obrigatório que o funcionário seja
295 concursado para realizar o curso, somente o estado solicita que seja,
296 preferencialmente, funcionário concursado. Arnaldo Munhoz cita que sabe das
297 dificuldades do estado em possuir tantos tutores, como também a dispensa da
298 obrigatoriedade do funcionário ser concursado para realizar o curso. O
299 engessamento do formato centralizado é que pode ter prejudicado ou atrasado as
300 capacitações. O que é necessário, segundo Arnaldo, é possuir funcionário
301 capacitado, independente de o funcionário ser ou não concursado. Ariele informa
302 que Laguna fará a capacitação descentralizada. Bruna (Blumenau) questiona se
303 enfermeiro pode realizar o curso de capacitação de vacinas em salas de aulas,
304 como também, os municípios necessitam de formação de tutores. Ariele refere que
305 foram os multiplicadores do Ministério da Saúde que estiveram aqui na formação
306 de monitores. Mas que, possivelmente, para o próximo ano, já há planejamento
307 para formação de tutores para os municípios e também, para o estado. Com
308 relação à participação dos enfermeiros no curso em salas de vacinas, esses não
309 são liberados, pois eles não atuam em salas de vacinas. Essa é a justificativa para
310 que participem os técnicos de enfermagem. Cita que sabe que o enfermeiro é o
311 supervisor da sala de vacina. Arnaldo Munhoz, com relação a participação de
312 enfermeiros no curso em salas de vacinas, as vezes, é necessário que o
313 enfermeiro também seja capacitado. Pensa que é importante o enfermeiro ser
314 capacitado, pois na falta do técnico, o enfermeiro assume a sala e este precisa de
315 segurança. Pensa que toda equipe de enfermagem deve estar qualificada para sala
316 de vacina, priorizando aquele que realmente atuará na sala de vacina. Bruna refere
317 que em pequeno município, o enfermeiro atua em sala de vacina. Fabiana
318 Fernandes coloca que em Joinville o enfermeiro não quer supervisionar a sala de
319 vacina por falta de qualificação. Sugere que o município tenha autonomia para
320 decidir quem vai ser capacitado. Ariele reforça que não há um engessamento, que
321 podem capacitar enfermeiro também. Aqui em SC, há normas que exigem a
322 qualificação para sala de vacina o que não é exigido em muitos estados, mas cita
323 que esse é um diferencial. Ana Vidor (Florianópolis) informa que realizaram em
324 Florianópolis várias capacitações, mas, atualmente estão em situação crítica com
325 relação á monitores até por conta da pandemia. Houve muita contratação desde
326 2019, que necessitam de capacitação e refere que treinar enfermeiro é importante.
327 Mesmo com educação continuada, pensa que é necessária a capacitação de sala
328 de vacina e não pode ser restringida ao técnico de enfermagem, sendo que o



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

329 supervisor é o enfermeiro. Cita que a maioria das graduações não passam em
330 salas de vacinas, alegando que é necessário ser qualificado para atuar em sala de
331 vacina. Ana Vidor cita ainda, que alguns municípios necessitam mais de formação
332 de monitores para atuarem como multiplicadores para capacitação de salas de
333 vacinas do que encaminhar os seus técnicos para a capacitação. Ariele Fialho
334 coloca que há a intenção de formação de tutores para 2022 por parte da SES como
335 foi citado. Priscila refere, por fim, que espera para 2022 que as Câmaras Técnicas
336 voltem a discutir sobre outros assuntos técnicos, que não sejam somente sobre a
337 pandemia e que as pautas, na sua maioria, venham das CIRs,

338

339

340

LOURDES DE COSTA REMOR
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite