



# AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

DO ESTADO DA BAHIA

2026 - 2031



# **AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE**

**DO ESTADO DA BAHIA**

**2026 - 2031**

# **AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - 2026-2031**

## **GOVERNO DO ESTADO**

Jerônimo Rodrigues - Governador do Estado da Bahia

Geraldo Júnior - Vice Governador do Estado da Bahia

## **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Roberta Silva de Carvalho Santana - Secretária da Saúde

Paulo José Bastos Barbosa - Subsecretário

Cícero Andrade Rocha Filho - Chefia de gabinete

## **EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia

Mariluce Karla Bomfim de Souza - coordenação

Cristiane Abdon Nunes - vice-coordenação

Alcione Brasileiro Oliveira - docente

Maria Guadalupe Medina - docente

Yara Oyam Ramos Lima - docente

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha - pesquisadora

Maria Ligia Rangel Santos - pesquisadora

Caroline dos Santos Melo - estudante

Glaucia Santos Dantas - estudante

Victória Ellen Simões Passos - estudante

Cecília Pedreira Machado de Santana - estudante

## **EQUIPE DE APOIO NAS MACRORREGIÕES**

Adeânio Almeida Lima - pesquisador - Nordeste

Bruno Klecius Andrade Teles - pesquisador - Oeste

Chandra Lima Maciel - pesquisadora - Sul

Drieli Oliveira Silva - pesquisadora - Sudoeste

Kamila Juliana da Silva Santos - pesquisadora - Norte

Laura Emmanuela Lima Costa - pesquisadora - Centro Norte

Lorena Gomes Santos - pesquisadora - Leste

Marcio Costa de Souza - pesquisador - Centro Leste

Natália Ferrini Laviola Pereira - pesquisadora - Extremo Sul

## **EQUIPE EXECUTORA**

Assessoria de Planejamento e Gestão em Saúde - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Emanuele Figuerêdo Barbosa - coordenação

Maria Aparecida dos Santos - coordenação

Coordenação Executiva de Fortalecimento do SUS

Roberta Fonseca Sampaio

Anderson Freitas de Santana

## **PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO**

Gilson Rabelo de Almeida Neto

## **APOIO ADMINISTRATIVO**

Leninalva Dias Cunha



# SUMÁRIO

|                                                                                                        |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b>                                                                                    | <b>05</b> |
| <b>1. MISSÃO, VISÃO E VALORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA</b>                            | <b>07</b> |
| <b>2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE</b>                          | <b>08</b> |
| <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>                                                                             | <b>08</b> |
| AGENDA ESTRATÉGICA PARA O PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE                                               | 08        |
| COMUNICAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE                                                      | 11        |
| <b>OFICINAS DE TRABALHO</b>                                                                            | <b>16</b> |
| <b>OFICINAS MACRORREGIONAIS</b>                                                                        | <b>17</b> |
| <b>REUNIÕES NOS NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE</b>                                                         | <b>19</b> |
| <b>3. PRIORIDADES DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE</b>                                                   | <b>20</b> |
| <b>PRIORIDADES DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE ARTICULADAS ÀS DIRETRIZES DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE</b> | <b>20</b> |
| <b>4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE</b>                                     | <b>24</b> |
| <b>MATRIZ DE INDICADORES PARA O MONITORAMENTO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE POR PRIORIDADE</b>        | <b>26</b> |
| <b>5. GESTÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE</b>                                                        | <b>39</b> |
| <b>DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A GESTÃO</b>                                                         | <b>39</b> |
| <b>6. COMUNICAÇÃO PARA A AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE</b>                                               | <b>41</b> |
| <b>PROPOSTA DE PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE</b>                             | <b>41</b> |
| ESTRATÉGIAS PARA A DIVULGAÇÃO DA AES/SESAB                                                             | 49        |
| ESTRATÉGIAS PARA O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO PC-AES NA SESAB                                | 51        |
| <b>APÊNDICE: PARTICIPANTES DAS OFICINAS</b>                                                            | <b>54</b> |



# APRESENTAÇÃO

A elaboração da **Agenda Estratégica em Saúde do Estado da Bahia (2026-2031)** teve como ponto de partida um projeto de cooperação técnica estabelecido entre o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) através da Carta Acordo SCON2024-00303 celebrada entre a Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão (Fapex) e Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que trata dos termos e condições para implementação da iniciativa: “Elaboração da Agenda Estratégica em Saúde para a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia”.

Todo o processo mobilizado para a elaboração deste documento foi desenvolvido de forma participativa e compartilhada com diversos atores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, no âmbito central, macrorregional e regional da saúde. A Agenda Estratégica em Saúde (AES) foi discutida e validada pela equipe da Assessoria de Planejamento e Gestão (APG/Sesab) e pela Coordenação Executiva de Fortalecimento do SUS.

Neste documento, a primeira seção recupera a missão, visão e valores da Sesab. A seção seguinte apresenta a metodologia adotada com o referencial teórico que sustentou a reflexão e a discussão desenvolvida ao longo de todo o processo de elaboração e sistematização deste produto. Nesta seção também consta o registro das reuniões e oficinas de trabalho realizadas. Cabe destacar as Oficinas Macrorregionais de Saúde e as Reuniões nos Núcleos Regionais de Saúde realizadas nos municípios sede das nove macrorregiões de saúde do estado.

A seção sobre as Prioridades para a Agenda Estratégica em Saúde apresenta as 22 prioridades definidas para este documento/instrumento de planejamento e gestão para o SUS Bahia.

A fim de apoiar os profissionais e gestores no monitoramento das prioridades definidas na AES, na seção de avaliação e monitoramento apresenta-se uma lista de indicadores, relacionados a cada prioridade, com indicação sobre abordagem, atributo e instância responsável.

Nesta Agenda também se encontra uma seção voltada para a gestão, que pontua desafios e possibilidades tendo em vista a coordenação dos processos para o desenvolvimento e cumprimento das prioridades da AES, colocados à reflexão.



A última seção apresenta estratégias para comunicação interna e externa, e orienta a elaboração de um Plano de Comunicação de modo a estimular os gestores e demais trabalhadores de saúde a refletirem sobre a aplicabilidade e divulgação da Agenda.

Para complementar a composição da estrutura e do conteúdo da AES, foram incluídas sugestões de leituras, referências e glossário/verbetes.

Portanto, a **Agenda Estratégica em Saúde do Estado da Bahia (2026-2031)** consiste em um produto gerado a partir de um projeto de trabalho intenso e dedicado, com envolvimento de muitas pessoas, dos vários territórios do extenso estado da Bahia. Enquanto instrumento de planejamento e gestão, será útil no processo de tomada de decisão para a melhoria da saúde da população baiana.



# 1. MISSÃO, VISÃO E VALORES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA\*

## MISSÃO

Promover o direito à saúde da população, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS.

## VISÃO

Ser referência na capacidade de prover uma Saúde Pública de forma regionalizada, integral, resolutiva, humanizada e equânime, sendo reconhecida como de excelência pela sociedade.

## VALORES

- Gestão democrática e participativa;
- Ética e Transparência;
- Inclusão e Equidade;
- Inovação;
- Solidariedade nas relações interfederativas.

\*Mapa Estratégico 2024-2027, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.



## 2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

### REFERENCIAL TEÓRICO

#### • Agenda estratégica para o planejamento e gestão em saúde

Uma Agenda Estratégica é uma ferramenta de planejamento que define prioridades, objetivos e indicadores, visando alinhar ações diárias com os resultados desejados. Diferente de uma agenda comum, ela prioriza o essencial, guia decisões, investe no sucesso de longo prazo e promove alinhamento organizacional.

A construção da AES/Sesab utiliza como esquema teórico os conceitos do Triângulo de Ferro da Gestão nos três vértices: o primeiro se refere à manutenção do tempo (recurso mais escasso da gestão e do governo) e o foco do trabalho dos dirigentes nas ações priorizadas para enfrentamento; o segundo se refere ao desempenho das gerências de operações para realizar as atividades necessárias para alcançar os resultados; e, o terceiro se refere ao sistema de petição e prestação de contas.

A AES/Sesab corresponde ao momento tático operacional do Plano Estadual de Saúde buscando conduzir o percurso entre a intenção de fazer e os atos concretos da execução do preconizado na AES para o alcance da Missão. O desafio dos gestores no seu cotidiano é traduzir os objetivos de forma clara e consistente, com fundamentação técnica adequada e aceita pelos implementadores devidamente comprometidos e capacitados, em processos de implementação legalmente estruturados segundo a Visão institucional de regionalização, resolutividade e humanização. Dessa forma, os gestores mantêm os processos e operações circunscritas aos Valores, de forma descentralizada, dando suporte aos executores das ações, segundo os interesses e contextos políticos/financeiros consistentes com o projeto e elevando a capacidade institucional, traduzindo as intenções em decisões que permitam a translação do teórico-conceitual para o concreto.

Nesse sentido, convém discutir a AES como uma aposta dos dirigentes do setor saúde (governo/Sesab) em um determinado espaço de tempo necessário para mudar a situação epidemiológica e de produção de serviço em curso no estado da Bahia.

Em relação aos valores dominantes em curso seria importante destacar a visão no enfoque situacional e comunicativo, procurando garantir que essa busca não ignore a complexidade política e as resistências internas da organização. A principal mudança



exige aumento da capacidade de governo regional e a autonomia responsável das equipes executoras, seja as sob gerência direta da Sesab, dos municípios ou dos contratados.

E, por último, o sistema de petição e prestação de contas que define o grau de demanda por avaliação de desempenho, traduzindo-se como um sistema diretivo, que define a alta ou baixa responsabilização, em processo de avaliação e monitoramento sistemático e permanente com vistas à melhoria contínua dos processos.

Ao mesmo tempo que fecha um ciclo, a avaliação abre outro como momento de reflexão e desenho de novas atividades – seja de manutenção, crescimento ou mudança – ou de revisão dos problemas não resolvidos, mas, como alerta Matus, cada âmbito problemático requer um desenho particular de planificação situacional – deve ser desenhado um próprio método particular dentro do método geral estabelecido.

A prestação de contas estruturada na ação comunicativa passa a ser identificada como central na medida em que: problematiza o trabalho e as práticas, gera sentido sobre o “motivo para” e o “motivo por que” do trabalho do sujeito, de forma a assumir a função institucional no espaço que ocupa no jogo macro organizativo do SUS.

Articulando os elementos teóricos e os desafios práticos da gestão (Brasil, 2009; Teixeira, 2008) para o cumprimento de planos existem três espaços que circunscrevem todo trabalho e as possibilidades de mudança em toda condução da concretização de uma Agenda ou Plano:

MACRO

Possibilidade de utilização da crítica ao enfoque estratégico situacional à luz da teoria da ação comunicativa, para a redefinição das relações entre atores sociais no processo de formulação de políticas;

MESO

Possibilidade de utilização do enfoque situacional, aliada a abordagens provindas da análise institucional e da “administração pública gerencial”, para o desencadeamento de processos de mudança organizacional no setor público;

MICRO

Possibilidade de utilização do enfoque situacional, ao lado de outras contribuições para o “planejamento das práticas de saúde”, na perspectiva de mudança do processo de trabalho em saúde.



Sob essa ótica, analisando o espaço estadual (estado território), a Secretaria de Saúde assume o papel Macro (condutora das políticas emanadas nacionalmente, articuladas com as necessidades estaduais e definidas e pactuadas nos colegiados gestores, como a Comissão Intergestora Bipartite – CIB e Comissões Intergestoras Regionais - CIR) e conduzida pela alta direção da Sesab correspondendo ao Gabinete e Superintendências. O espaço Meso passa a ser, institucionalmente, desempenhado pelas Macrorregionais/Regionais de Saúde como os elementos de gerenciamento e condução nas CIR e demais colegiados distribuídos em vários territórios em articulação com a esfera municipal.

O espaço Micro, na esfera municipal se traduz nos serviços de saúde nos quais se realizam a prestação de serviços, o grande “chão de fábrica” do sistema, onde a ação/prestação de serviço e cuidado se concretiza ou não - no que se pode chamar de “a hora da verdade”. O SUS preconiza como Visão e Valor que as unidades de atenção, sob administração municipal ou estadual, que prestam serviços e ações singulares, funcionem em rede, de forma que a população encontre resposta às suas necessidades na Rede de Atenção à Saúde.

Essa tensão, entre os espaços macro e meso, interfere sobremaneira no segundo vértice do Triângulo de Ferro da Gestão – a gerência de operações e seus módulos gerenciais - que são base da ação criativa e descentralizada das ações a serem cumpridas para alcançar os resultados esperados e compromissos estabelecidos.

A proposta seria ir em direção ao agir comunicativo (Rivera, 1995; Rivera, 2003) que se apoia na Teoria da Ação Comunicativa com base em Habermas (1984), mediado pela comunicação sistemática e assim, superar a racionalidade técnica/instrumental no processo de formulação de políticas, que deixa de ser um “jogo de poder” técnico-centrado para tornar-se um espaço de busca por consenso e entendimento mútuo.

O grande fio condutor do trabalho de gestão da AES se dá na ação estratégica comunicativa centrada nas atividades da área de comunicação.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. **PlanejaSUS**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. **PES – Guía de Análisis Teórico – Seminario de Gobierno y Planificación\***METÓDO PES. Caracas: Fundación Altadir. 1994.

RIVERA U. J. F. **A gestão situacional em saúde e a organização comunicante**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995.

RIVERA U. J. F. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

TEIXEIRA, C. **Planejamento em Saúde**: Conceitos, Métodos e Experiências, EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C. **Planejamento Municipal de Saúde**, Salvador, ISC, 2003.

TEIXEIRA, C. **PlanejaSUS** - Material instrucional de capacitação em Planejamento Sistema de Planejamento do SUS. 2008.

### • Comunicação para o planejamento e gestão em saúde

A comunicação é um processo inerente às relações humanas na vida cotidiana, configurando, por si, a realidade social. Nas organizações, a dimensão comunicativa do trabalho é frequentemente esquecida, com relevância pouco reconhecida dentre as prioridades no planejamento. O caráter transversal e assimétrico da comunicação nem sempre é percebido, tampouco que é ela que lhe dá vida e mesmo constrói a organização, pois, é por meio das práticas discursivas, da palavra, da fala, do discurso que os agentes interagem e exercem o poder, seja ele técnico, político ou administrativo.

Portanto, incluir a comunicação como uma estratégia importante na organização é, de certo modo, caminhar na direção de uma racionalidade crítica acerca do que está sendo feito ao haver comunicação, de como ocorre a interpretação por parte dos interlocutores, de quais consequências as ações comunicativas têm sobre os outros e estes sobre tais ações. Torna também possível aprimorar interações, vínculos e articulações, fortalecendo as condições para o alcance dos objetivos, da missão que move a instituição e para a produção de eficácia nas ações.

Para tanto, existem modelos de comunicação, considerados modelos teóricos que orientam as práticas de comunicação. São vários desses modelos construídos no campo científico para explicar os processos de comunicação social. Eles expressam



teorias diferentes, porém, alguns são mais difundidos e ainda influenciam as ações de comunicação no mundo contemporâneo, inclusive na área da saúde e no SUS. Ajudam a compreender processos, objetivos, ações, a explicar conexões, ordenar conceitos, na relação do mundo teórico com o mundo empírico (Japiassu; Marcondes, 1989 apud Gouveia Jr, 1999; Souza Filho et al., 2023).

Embora sejam poucas as pesquisas sobre o tema, há algumas evidências de que no SUS ainda predominam modelos que operam com concepções reducionistas da comunicação, desde a perspectiva instrumental, baseada principalmente no modelo unilinear de comunicação, tratada como uma ferramenta para transmitir informações, normas, procedimentos de serviços e não, de modo mais abrangente, como um processo de produção de significados, que pode explicar e/ou melhorar a relação entre gestores e trabalhadores de saúde e destes com os usuários.

A comunicação é usualmente chamada para buscar adesão a programas de saúde; mudar/normalizar o comportamento e atitudes dos indivíduos com respeito à saúde (campanhas); publicizar a prestação de serviços (eventos, campanhas, mídias alternativas); e mobilizar indivíduos para participar de ações de saúde. Entretanto, ela tem o potencial de construir pontes e agregar pessoas com interesses comuns. Reconhece-se a comunicação como um processo complexo que envolve a diversidade de sujeitos em seus contextos socioculturais, políticos e econômicos, com características que lhes são peculiares, investidos de seus objetivos individuais, coletivos ou institucionais. A comunicação materializa-se pela linguagem, é polifônica, polissêmica, contraditória, ambígua, confusa, pois a interpretação do que é comunicado é sempre subjetiva e contextual, atravessada pelas relações de poder na sociedade.

A leitura da diversidade de modelos de comunicação mostra que, em todos eles, encontram-se categorias que lhes são comuns ou correlatas, em suas distintas perspectivas teóricas: produção/emissão; emissor/receptor, também denominados interlocutores; mensagens/discursos; canais/meios; fluxos; estratégias, contextos. O que modifica é a concepção e o entendimento dos elementos implicados no processo e do que resultam os efeitos/consequências. Além dos elementos que estruturam um modelo de comunicação, há que se considerar a dinâmica da comunicação na sociedade e do espaço em que ela acontece, seja na instituição ou no território, com seus contextos, em diferentes conjunturas. As teorias sociais mais recentes indicam que há muitos aspectos a observar, de modo a permitir uma melhor aproximação da complexidade da comunicação na sociedade contemporânea.





## ATENÇÃO

Não há receita pronta de modelo de comunicação para a AES, mas a necessidade de refletir sobre o modelo que temos e o modelo que queremos!

Importa considerar todo o circuito comunicacional, produção, circulação e atribuição de significados sociais, valorizando o que os modelos transferenciais fragmentam, descaracterizam ou desconsideram:

- O público não é “público alvo”! São agentes constitutivos da organização e da sociedade;
- A comunicação não é transmissão, nem passagem de informações e conhecimentos;
- Há diversidade sociocultural, fluxos multidirecionais e multirreferenciais;
- É necessária maior proximidade dos interlocutores - fala e a escuta são vitais;
- É preciso compreender o caráter polifônico, polissêmico, heteroglota e assimétrico dos discursos;
- Participar da construção coletiva dos significados e dos valores sobre a saúde;
- Almejar a transformação cultural;
- Refutar o negacionismo científico como principal pauta para a Comunicação em Saúde;
- Enfrentar a desinformação cotidianamente, através de dispositivos de observação e comunicação ágeis e integrados e pessoas permanentemente informadas e habilitadas para a interação dialógica;
- Fortalecer a transversalidade da comunicação nos níveis de atenção à saúde do SUS.



## LEIA MAIS

ARAÚJO, I. S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas.

**Interface** – Comunicação, Saúde, Educação/ Fundação UNI /Unesp, 8(14): 165-178, set 2003 – fev.2004. Botucatu, SP.

Sobre o Planejamento da Comunicação Organizacional, a complexidade da sociedade contemporânea exige de todas as instituições, incluindo as da saúde, pensar estrategicamente a comunicação e, portanto, planejá-la. De forma geral, os processos de planejamento da comunicação são desenvolvidos como atividades



táticas e decididos como consequência de outras, tendo a comunicação como atividade meio, e não como constitutiva da própria organização (Felix, 2020). Busca-se alcançar outros objetivos, como adesão a políticas e programas, conscientização, disseminação de informação etc.

Nos últimos anos, a comunicação organizacional tem se utilizado de tecnologias digitais de informação e comunicação, desenvolvido diversos veículos (sites, blogs, boletins, jornais, vídeos, podcasts etc.) e conquistado terreno das redes sociais. No contexto de convergência midiática, os produtos comunicacionais e os cenários de atuação das organizações são diversificados, coexistindo velhos e novos desafios para a comunicação, como o excesso de informação e a hiperexposição midiática e, principalmente, a desinformação e as graves consequências para a saúde.

Kunsch (2003) defende um planejamento estratégico da comunicação nas organizações, articulada ao planejamento de todas as diferentes áreas da instituição, de forma integrada. A autora compreende que não é mais possível pensar e fazer ações de comunicação de forma setorial, sem o envolvimento dos diferentes setores. Tampouco, conceber os atores como passivos e a comunicação como uma atividade periférica no contexto do planejamento e nas políticas de saúde.

Destaca-se, ainda, a importância de gerenciar a comunicação, por meio da realização de um planejamento conectado com públicos/interlocutores, considerando as características socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais. Portanto, torna-se insuficiente desenvolver ações isoladas de comunicação para gerenciar crises e resolver questões pontuais.

Pensar a comunicação integrada (Kunsch, 2009) pressupõe a atenção à complexidade inerente às relações e à comunicação como resultado dos agrupamentos das pessoas que integram a instituição, ou seja, dos agentes da comunicação (Baldissera, 2009).





## LEIA MAIS

ARAÚJO, I. Texto apresentado no Curso “Subsídios para o planejamento, gestão e avaliação de estratégias de comunicação no setor saúde”, ministrado no **VII CBSC-Abrasco**, Brasília, 29 e 30 de julho de 2003.



## REFERÊNCIAS

BALDISSERA, R. Reflexões sobre a comunicação organizacional e relações públicas: tensões, encontros e distanciamentos. In **INTERCOM** – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 32º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Curitiba, 4 a 7 de setembro de 2009.

KUNSCH, M. M. K. Percursos paradigmáticos e avanços epistemológicos nos estudos de comunicação organizacional. In: Kunsch, Margarida Maria Krohling (org.). **Comunicação Organizacional**. Vol. 1. São Paulo: Editora Saraiva, 2009.

KUNSCH, M. M. K. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. 3. ed. São Paulo: Summus, 2003.



## OFICINAS DE TRABALHO

Como parte do processo de elaboração da AES, ocorreram encontros com participação ampla de profissionais (técnicos e gestores) da gestão central e dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) da Sesab em 04 (quatro) oficinas de trabalho.

**01**

Na primeira oficina, em 19 de outubro de 2024, foi feita uma apresentação da Análise da Situação de Saúde do estado da Bahia, sendo discutidas, também, as prioridades estratégicas da gestão da saúde no estado, considerando as diretrizes estabelecidas no Plano Estadual de Saúde (PES).

**02**

A segunda oficina, em 20 de fevereiro de 2025, buscou reunir subsídios para dar seguimento às atividades do Projeto, tendo em vista o cotejamento do produto da primeira oficina com projetos estratégicos da Sesab, bem como com os objetivos do Pacto de compromissos estabelecidos pelo governo do estado da Bahia.

**03**

A terceira oficina foi realizada em 17 de abril de 2025 e teve por objetivo revisar e sistematizar as prioridades definidas na segunda oficina, estabelecendo, ao final, um elenco de 32 prioridades para a AES.

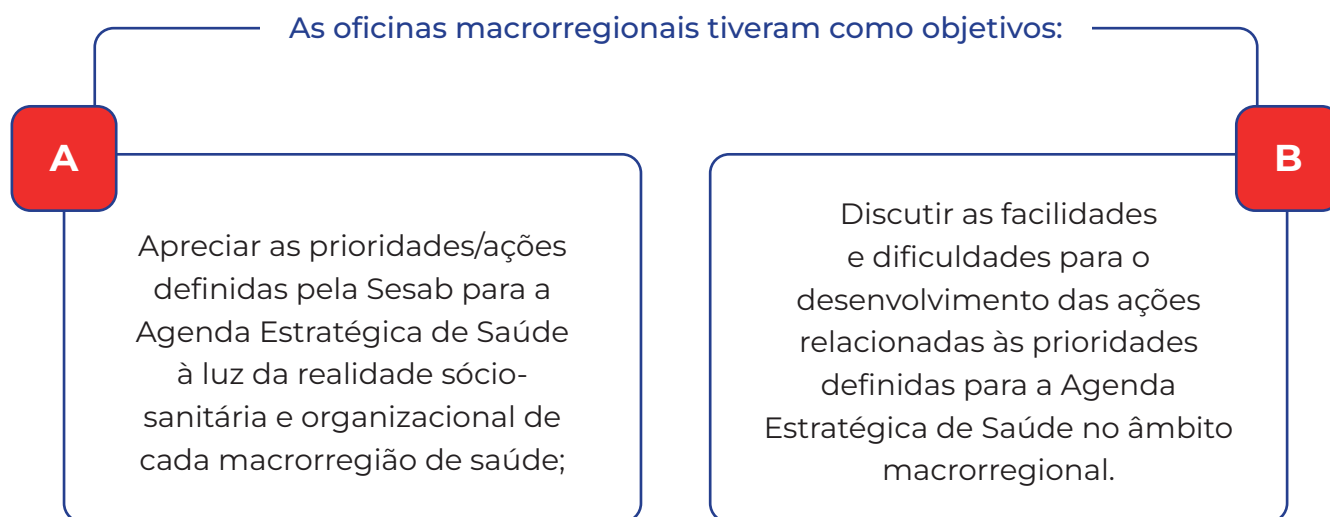
**04**

A quarta oficina de trabalho ocorreu no dia 16 de maio de 2025, em que a matriz contendo as 32 prioridades foi validada. Destaca-se que as 32 prioridades foram definidas a partir das diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027, e dessas, 15 foram levadas para discussão nas Oficinas Macrorregionais.



## OFICINAS MACRORREGIONAIS

As Oficinas Macrorregionais (OM) realizadas nos municípios sede das 09 (nove) macrorregiões de saúde do estado da Bahia constituem uma etapa fundamental para o processo de elaboração da Agenda.



O público das oficinas foi a equipe do Núcleo Regional de Saúde, as bases regionais de saúde, secretários municipais de saúde da sede do município que preside o Consórcio de Saúde e os gestores dos equipamentos de saúde da Sesab, diretores das Policlínicas e das Unidades de Saúde sob gestão direta da Sesab.

A condução das oficinas ficou a cargo de docentes e pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva e contou com a participação e apoio de gestores e técnicos da Sesab. Em cada oficina macrorregional houve um profissional designado como *ponto focal* que, além de acompanhar a oficina desde o momento de sua preparação, desenvolveu atividades junto ao NRS por um período estimado de 4 meses, com o propósito de apoiar a equipe do Núcleo na realização de atividades decorrentes dos desdobramentos das oficinas.

Com relação à metodologia das Oficinas Macrorregionais, os participantes foram distribuídos em grupos de trabalho por região de saúde e preencheram um quadro contendo as prioridades/ações definidas pela Sesab para a Agenda Estratégica de Saúde, com a identificação das facilidades e dificuldades para o desenvolvimento das ações.

Após os trabalhos de grupo, foi realizada uma plenária com apresentação e discussão dos resultados dos grupos. Os produtos foram os quadros preenchidos pelos grupos de trabalho das regiões de saúde. O número de quadros corresponde, portanto, ao número de regiões



de saúde. Em algumas OM, duas regiões de saúde constituíram um grupo, haja vista o pequeno número de participantes e áreas técnicas representadas por apenas uma região. Nesses casos, o preenchimento do quadro foi orientado de modo a assegurar na descrição das facilidades e dificuldades a sinalização das especificidades.

As OM foram realizadas no período de 31 de julho a 26 de setembro de 2025, conforme o cronograma abaixo, sendo o dia posterior reservado para a reunião com o Núcleo Regional de Saúde. A data de cada OM está apresentada no Quadro.

**Quadro** - Cronograma das Oficinas Macrorregionais e reuniões com os Núcleos Regionais de Saúde, por Macrorregião de Saúde e respectivas Regiões de Saúde.

| Data da Oficina Macrorregional e da Reunião com o Núcleo Regional de Saúde | Macrorregião de saúde | Regiões de saúde                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 31/07 e 01/08/25                                                           | Leste                 | Salvador (município sede), Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus |
| 06 e 07/08/25                                                              | Norte                 | Juazeiro (município sede), Paulo Afonso e Senhor do Bonfim                   |
| 12 e 13/08/25                                                              | Sudoeste              | Vitória da Conquista (município sede), Brumado, Guanambi e Itapetinga        |
| 20 e 22/08/25                                                              | Centro Leste          | Feira de Santana (município sede), Itaberaba, Seabra e Serrinha              |
| 26 e 27/08/25                                                              | Sul                   | Ilhéus (município sede), Itabuna, Jequié e Valença                           |
| 04 e 05/09/25                                                              | Extremo Sul           | Teixeira de Freitas (município sede) e Porto Seguro                          |
| 16 e 17/09/25                                                              | Nordeste              | Alagoinhas (município sede) e Ribeira do Pombal                              |
| 23 e 24/09/25                                                              | Oeste                 | Barreiras (município sede), Santa Maria da Vitória e Ibotirama               |
| 25 e 26/09/25                                                              | Centro Norte          | Jacobina (município sede) e Irecê                                            |

O número de participantes variou entre as nove oficinas. A Oficina da Macrorregião Leste, que aconteceu em Salvador, teve o maior número de participantes (92) e a Oficina Macrorregional Centro Norte, realizada em Jacobina, teve o menor quantitativo de participantes (29).



## REUNIÕES NOS NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE

Posteriormente à realização de cada Oficina Macrorregional, foi realizada uma reunião entre a equipe APG/Sesab, equipe do ISC/UFBA e a equipe de cada NRS para a discussão dos encaminhamentos da oficina.

Após o desenvolvimento das OM e dos encaminhamentos da reunião com o NRS, foi dada continuidade ao trabalho de elaboração da AES. Esse processo teve um período estimado de 3 a 4 meses, com o objetivo de discutir e definir estratégias e indicadores de monitoramento e avaliação levando em conta as facilidades e dificuldades para a execução das ações desenvolvidas no âmbito macrorregional, relacionadas às prioridades da Agenda Estratégica de Saúde. Este trabalho foi conduzido pelo ponto focal (equipe de apoio - pesquisadores do ISC), que de forma colaborativa, apoiou o NRS no desenvolvimento de atividades necessárias ao cumprimento do objetivo mencionado.

Na construção da AES, a realização das Oficinas Macrorregionais e das reuniões nos Núcleos Regionais de Saúde pode ser considerada como uma “janela de oportunidade política” se analisada sob a ótica da convergência de três fluxos de variáveis: a percepção pública dos problemas (fluxo dos problemas), o conhecimento de soluções políticas e técnicas adequadas aos valores dominantes (fluxo das políticas-*policy*) e as condições de governança (fluxo da política-*political*) (Viana, 1996; Kingdon, 1984).



### REFERÊNCIAS

KINGDON, W. J. **Agendas, alternatives and public policies**. Boston, Little Brown, 1984.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas – **RAP**. Rio de Janeiro 30(2). 5-43. Mar/abr, 1996.



### 3. PRIORIDADES DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

Na oficina do dia 17 de abril de 2025 foi validada a matriz de 32 prioridades para Agenda Estratégica em Saúde (AES). Esta matriz foi composta de dois conjuntos: o primeiro, com 15 prioridades, se relaciona às operações que envolvem todas as macrorregiões de saúde, trabalhadas nas Oficinas Macrorregionais (OM); o segundo, com 17 prioridades, diz respeito, prioritariamente, a processos de trabalho desenvolvidos no nível central da Sesab.

Posteriormente, a Assessoria de Planejamento e Gestão da Sesab (APG/Sesab) e a Coordenação Executiva de Fortalecimento do SUS realizaram uma análise técnica das 17 prioridades, as quais foram reformuladas e sistematizadas em 8 prioridades.

Assim, obteve-se um total de 23 prioridades, que em sua versão final foi revisada para **22 prioridades estratégicas para a Agenda Estratégica em Saúde do Estado da Bahia (2026-2031)**.

#### PRIORIDADES DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE ARTICULADAS ÀS DIRETRIZES DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

As prioridades estratégicas estão articuladas às seguintes diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES):

**Diretriz 1 do PES:** Fomentar a regionalização do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

**Diretriz 2 do PES:** Aprimorar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ampliando o acesso nos três níveis de atenção, de forma humanizada, visando a integralidade e resolutividade, com ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), aprimorando suas políticas e programas com a qualidade de ações e serviços de saúde ofertados.

**Diretriz 3 do PES:** Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial de forma humanizada de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental e o Plano de Desinstitucionalização da Bahia.



**Diretriz 4 do PES:** Fortalecer o SUS de forma universal, integral e equânime, a fim de garantir a qualidade no acesso à saúde, com ênfase nos grupos minoritários e invisibilizados, promovendo ações intra e intersetoriais para o combate às desigualdades e todas as formas de discriminação, incluindo racismo, intolerância religiosa, misoginia, LGBTIA+fobia, capacitismo, aporofobia, sorofobia, violência aos povos indígenas e todas as formas de violência.

**Diretriz 5 do PES:** Fortalecer a gestão do trabalho e a educação em saúde promovendo valorização, qualificação, saúde, segurança e humanização das relações e processos de trabalho e dos trabalhadores em todos os níveis de atenção, objetivando o trabalho e o provimento digno, seguro e humanizado, priorizando novos vínculos estatutários.

**Diretriz 6 do PES:** Garantir investimento adequado para a gestão das ações e dos serviços em saúde de forma regionalizada, bem como fomentar pesquisa científica, tecnologia, inovação em saúde, produção de medicamentos e insumos, preconizando a comunicação estratégica, transversal e intersetorial, com a difusão de informações sobre práticas, serviços e políticas de saúde, com linguagem acessível, construídas com base na educação popular em saúde e na valorização da ciência e dos saberes tradicionais

**Diretriz 7 do PES:** Fortalecer a gestão estratégica e participativa do SUS, aprimorando os mecanismos de governança pública, qualificando as ações de controle, auditoria, ouvidoria e transparência, aperfeiçoando o planejamento participativo, estratégico e ascendente em saúde, valorizando o protagonismo popular, garantindo o cumprimento das deliberações dos conselhos de saúde e outras instâncias de participação social.

**As 22 prioridades da Agenda estratégica em Saúde estão detalhadas a seguir.**



## 22 PRIORIDADES DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE PARA O ESTADO DA BAHIA (2026-2031)

P - Prioridade da AES, D - Diretriz do PES.

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  <b>P1</b>    | Aumentar a cobertura vacinal nos grupos prioritários e populações em situação de vulnerabilidade social.                                                                                         | <b>D1</b> |
|  <b>P2</b>    | Fortalecer/ampliar as ações de vigilância, prevenção e controle das arboviroses.                                                                                                                 | <b>D1</b> |
|  <b>P3</b>    | Ampliar a Vigilância Laboratorial com estruturação de novas unidades de forma regionalizada.                                                                                                     | <b>D1</b> |
|  <b>P4</b>    | Ampliar a rede de verificação de óbito com a estruturação de novos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) de forma regionalizada.                                                                | <b>D1</b> |
|  <b>P5</b>    | Realizar reestruturação física dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS).                                                                                                                             | <b>D7</b> |
|  <b>P6</b>  | Fortalecer a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde em todos os municípios da Bahia.                                                                                                  | <b>D2</b> |
|  <b>P7</b>  | Estruturar a Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada nas temáticas prioritárias: Materno-Infantil, Oncologia, Hipertensão e Diabetes, Infarto Agudo do Miocárdio e Urgência e Emergência. | <b>D2</b> |
|  <b>P8</b>  | Ampliar o acesso ao cuidado por meio de novas tecnologias em saúde digital.                                                                                                                      | <b>D2</b> |
|  <b>P9</b>  | Fortalecer o sistema de Regulação e qualificar o acesso aos serviços de Saúde.                                                                                                                   | <b>D2</b> |
|  <b>P10</b> | Implantar a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).                                                                                                                                     | <b>D2</b> |
|  <b>P11</b> | Expandir a hemorrede pública de forma regionalizada.                                                                                                                                             | <b>D2</b> |



|                                                                                               |                                                                                                                                                                    |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  <b>P12</b>   | Fortalecer a assistência farmacêutica, assegurando o acesso e o uso racional de medicamentos nos serviços de saúde, e implantar o novo modelo de cofinanciamento.  | <b>D2</b> |
|  <b>P13</b>   | Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).                                                                                                        | <b>D3</b> |
|  <b>P14</b>   | Elaborar e implantar linhas de cuidado para populações em situação de vulnerabilidade e invisibilização social.                                                    | <b>D4</b> |
|  <b>P15</b>   | Fortalecer as ações de valorização da gestão do trabalho e educação na saúde.                                                                                      | <b>D5</b> |
|  <b>P16</b>   | Dimensionar a força de trabalho das unidades de saúde sob gestão direta.                                                                                           | <b>D5</b> |
|  <b>P17</b> | Ampliar a formação de especialistas, qualificar a regulação dos cenários de práticas e regionalizar a oferta de processos formativos.                              | <b>D5</b> |
|  <b>P18</b> | Estruturar novo modelo de comunicação em saúde (interna e externa).                                                                                                | <b>D6</b> |
|  <b>P19</b> | Apoiar a reestruturação da Bahiafarma para fortalecimento da sua capacidade de produção de medicamentos para o SUS.                                                | <b>D6</b> |
|  <b>P20</b> | Elaborar um novo modelo de governança regionalizada com participação social.                                                                                       | <b>D7</b> |
|  <b>P21</b> | Fortalecer o sistema de Ouvidoria do SUS Bahia por meio da ampliação de sua descentralização, garantindo o direito do cidadão à participação e ao controle social. | <b>D7</b> |
|  <b>P22</b> | Fortalecer a participação e o controle social no SUS.                                                                                                              | <b>D7</b> |

Nota: As prioridades (P1), (P2), (P3), (P4), (P6), (P7), (P8), (P9), (P10), (P11), (P12), (P13), (P14), (P15) e (P18) foram discutidas nas Oficinas Macrorregionais realizadas no período de julho a setembro de 2025.



## 4. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

O Ministério da Saúde define Monitoramento como o “acompanhamento sistemático e contínuo da evolução de um processo ou fenômeno, realizado por observação, medição e análise constantes [...]”. Além de identificar, solucionar e reduzir problemas para a correção de rumos, o monitoramento visa obter informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão” (Brasil, 2022, p. 64).

O monitoramento das ações de saúde é realizado mediante a utilização de indicadores de saúde, que são “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde da população e do desempenho do sistema de saúde” (OPAS, 2026, p. 25). São muitas as dimensões possíveis de serem acompanhadas com indicadores. Além do estado de saúde das pessoas, medidas por dados de morbidade e mortalidade, têm-se aqueles que avaliam a incapacidade, o acesso a serviços, a qualidade da atenção, as condições de vida e fatores ambientais (OPAS, 2026).

Quanto à gestão dos serviços, como no caso de uma agenda estratégica de saúde, a utilização de indicadores de saúde articulados às ações prioritárias se torna de fundamental importância no acompanhamento dos objetivos e metas do sistema (OPAS, 2018). Diante da infinidade de indicadores possíveis para o monitoramento de uma intervenção, torna-se relevante saber identificar os indicadores mais adequados para o que se quer medir, buscando identificar e selecionar aqueles capazes de medir e traçar evidências plausíveis sobre a intervenção.

O processo de definição dos indicadores desta AES foi bastante complexo e implicou na realização de várias etapas, envolvendo uma vasta revisão documental e um conjunto diverso de atores do nível central da Sesab e das macrorregiões de saúde, além da equipe técnica do ISC que coordenou o desenvolvimento deste projeto.

Dentre os indicadores selecionados para esta AES, existem indicadores de estrutura, de processo e de resultados. A combinação dos três tipos de indicadores é importante porque permite avaliar diferentes dimensões do desempenho do sistema de saúde e de aspectos da gestão do sistema.

Os indicadores foram definidos e estão organizados por prioridade da AES e espera-se que eles sejam monitorados, não apenas pelo nível central, mas, também, pelas diversas instâncias que compõem os níveis de gestão do SUS.





## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde. **Glossário temático**: monitoramento e avaliação / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 106 p.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 3ª ed. Brasília: OPAS; 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275731659>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde 2018. **Indicadores de saúde**. Elementos conceituais e práticos ISBN: 978-92-75-72005-9



**MATRIZ DE INDICADORES\* PARA O MONITORAMENTO  
DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE POR PRIORIDADE**

**Prioridade 1 - Aumentar a cobertura vacinal nos grupos prioritários  
e populações em situação de vulnerabilidade social**

| INDICADORES AES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ABORDAGEM                  | ATRIBUTO                                    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL** |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Proporção de maternidades da rede própria estadual com salas exclusivas de vacinação implantadas                                                                                                                                                                                                                                                                 | Estrutura<br>Processo      | Cobertura,<br>Implantação<br>Acessibilidade | Estado<br>Macrorregiões |
| 2. Percentual de municípios com salas de vacina supervisionadas no estado                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Processo                   | Qualidade<br>técnico-<br>científica         | Estado<br>Macrorregiões |
| 3. Homogeneidade das 06 vacinas selecionadas que compõem o calendário nacional de vacinação para crianças menores de 1 ano de idade – pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), poliomielite (3ª dose), bcg (dose única) e rotavírus (2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) – com coberturas vacinais preconizadas | Resultado<br>intermediário | Cobertura                                   | Estado<br>Macrorregiões |
| 4. Proporção de vacinas selecionadas com alcance de cobertura preconizada pelo Calendário Nacional de Vacinação em crianças até 01 ano de idade                                                                                                                                                                                                                     | Resultado<br>intermediário | Cobertura                                   | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 2 - Fortalecer/ampliar as ações de vigilância,  
prevenção e controle das arboviroses**

| INDICADORES AES                                   | ABORDAGEM                | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|---------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------|
| 1. Taxa de letalidade das formas graves de dengue | Resultado<br>finalístico | Efetividade | Estado<br>Macrorregiões |

\*Consultar fichas técnicas de indicadores disponibilizadas pela APG/Sesab.

\*\* Instância responsável pelo monitoramento do indicador.



**Prioridade 3 - Ampliar a Vigilância Laboratorial com estruturação de novas unidades de forma regionalizada**

| INDICADORES AES                                        | ABORDAGEM | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|--------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|
| 1. Número de Laboratórios de Saúde Pública implantados | Estrutura | Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 4 - Ampliar a rede de verificação de óbito com a estruturação de novos Serviços de Verificação de Óbito (SVO) de forma regionalizada**

| INDICADORES AES                                                            | ABORDAGEM | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|
| 1. Número de unidades do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) implantados | Estrutura | Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 5 - Realizar reestruturação física dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS)**

| INDICADORES AES                            | ABORDAGEM | ATRIBUTO  | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL |
|--------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|
| 1. Número de edifícios públicos reformados | Estrutura | Cobertura | Estado                |

**Prioridade 6 - Fortalecer a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde em todos os municípios da Bahia**

| INDICADORES AES                                                                   | ABORDAGEM               | ATRIBUTO                                     | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Percentual de equipes de saúde da família com equipes de saúde bucal vinculada | Resultado intermediário | Cobertura<br>Qualidade<br>técnico-científica | Estado<br>Macrorregiões |



|                                                                                                                                                                                |                         |                                                |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| 2. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal                                                                                                    | Resultado intermediário | Cobertura<br>Qualidade<br>técnico-científica   | Estado<br>Macrorregiões |
| 3. Percentual de casos de sífilis congênita notificados em relação ao total de casos de sífilis em gestantes notificados, em determinado espaço geográfico, no ano considerado | Resultado finalístico   | Qualidade<br>técnico-científica<br>Efetividade | Estado<br>Macrorregiões |
| 4. Percentual de pessoas com <i>Diabetes Mellitus</i> que tiveram o exame de pé diabético realizado                                                                            | Processo                | Qualidade<br>técnico-científica                | Estado<br>Macrorregiões |
| 5. Taxa de internação por <i>Diabetes Mellitus</i> e suas complicações, na população de 30 a 59 anos                                                                           | Resultado finalístico   | Efetividade                                    | Estado<br>Macrorregiões |
| 6. Proporção de óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos                                                                                                           | Resultado finalístico   | Efetividade                                    | Estado<br>Macrorregiões |
| 7. Número de Unidades Básicas de Saúde Indígenas construídas em aldeias do estado da Bahia                                                                                     | Estrutura               | Cobertura<br>Acessibilidade                    | Estado<br>Macrorregiões |
| 8. Percentual de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica que teve o exame de eletrocardiograma avaliado pela APS                                                            | Processo                | Qualidade<br>técnico-científica                | Estado<br>Macrorregiões |
| 9. Proporção de contatos examinados de casos novos Tuberculose - TB                                                                                                            | Processo                | Cobertura<br>Qualidade<br>técnico-científica   | Estado<br>Macrorregiões |
| 10. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes                                                                          | Processo                | Cobertura<br>Qualidade<br>técnico-científica   | Estado<br>Macrorregiões |



**Prioridade 7 - Estruturar a Rede de Atenção à Saúde de forma regionalizada nas temáticas prioritárias: Materno-Infantil, Oncologia, Hipertensão e Diabetes, Infarto Agudo do Miocárdio e Urgência e Emergência**

| INDICADORES AES                                                                                                       | ABORDAGEM             | ATRIBUTO                                                      | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Ampliação do acesso especializado e regionalizado</b>                                                              |                       |                                                               |                         |
| 1. Número de unidades hospitalares e unidades materno infantil construídas                                            | Estrutura             | Cobertura<br>Acessibilidade                                   | Estado<br>Macrorregiões |
| 2. Número de unidades de saúde com infraestrutura ampliada                                                            | Estrutura             | Cobertura<br>Acessibilidade                                   | Estado<br>Macrorregiões |
| <b>Materno-Infantil - Projeto Mãe Bahia</b>                                                                           |                       |                                                               |                         |
| 1. Taxa de mortalidade materna por tipo de causas obstétricas diretas                                                 | Resultado finalístico | Acessibilidade<br>Efetividade                                 | Estado<br>Macrorregiões |
| 2. Proporção de óbitos maternos investigados                                                                          | Processo              | Qualidade técnico-científica                                  | Estado<br>Macrorregiões |
| 3. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados                                                                 | Processo              | Qualidade técnico-científica                                  | Estado<br>Macrorregiões |
| 4. Número de maternidades de alto risco e Centros de Parto Normal construídos                                         | Estrutura             | Cobertura<br>Implantação                                      | Estado<br>Macrorregiões |
| <b>Condições Crônicas</b>                                                                                             |                       |                                                               |                         |
| 1. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelo conjunto das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) | Resultado finalístico | Acessibilidade<br>Qualidade técnico-científica<br>Efetividade | Estado<br>Macrorregiões |
| <b>Rede de Urgência e Emergência</b>                                                                                  |                       |                                                               |                         |
| 1. Percentual de população coberta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)                           | Estrutura             | Cobertura<br>Acessibilidade                                   | Estado<br>Macrorregiões |



**Prioridade 8 - Ampliar o acesso ao cuidado por meio de novas tecnologias em saúde digital**

| INDICADORES AES                                                                     | ABORDAGEM             | ATRIBUTO                                       | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Número de unidades de saúde da rede própria com prontuário eletrônico implantado | Estrutura<br>Processo | Qualidade<br>Técnico-científica<br>Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 9 - Fortalecer o sistema de Regulação e qualificar o acesso aos serviços de Saúde**

| INDICADORES AES                                      | ABORDAGEM | ATRIBUTO                        | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|-------------------------|
| 1. Percentual de pacientes regulados em até 72 horas | Processo  | Qualidade<br>técnico-científica | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 10 - Implantar a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)**

| INDICADORES AES                                                                                                | ABORDAGEM | ATRIBUTO                 | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-------------------------|
| 1. Número de serviços da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) implantados | Estrutura | Cobertura<br>Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 11 - Expandir a hemorrede pública de forma regionalizada**

| INDICADORES AES                                                                                                             | ABORDAGEM | ATRIBUTO                                                       | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Número de Hemocentros Regionais construídos                                                                              | Estrutura | Cobertura<br>Acessibilidade                                    | Estado<br>Macrorregiões |
| 2. Número de unidades hematológicas e hemoterápicas com infraestrutura adequada disponibilizadas nas macrorregiões de saúde | Estrutura | Cobertura<br>Acessibilidade<br>Qualidade<br>técnico-científica | Estado<br>Macrorregiões |



**Prioridade 12 - Fortalecer a assistência farmacêutica, assegurando o acesso e o uso racional de medicamentos nos serviços de saúde, e implantar o novo modelo de cofinanciamento**

| INDICADORES AES                                                                                   | ABORDAGEM               | ATRIBUTO                      | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Percentual de macrorregiões de saúde com salas de infusão de medicamentos implantadas          | Estrutura<br>Processo   | Implantação<br>Acessibilidade | Estado<br>Macrorregiões |
| 2. Número de pacientes atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) | Resultado intermediário | Cobertura<br>Acessibilidade   | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 13 - Fortalecer e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

| INDICADORES AES                                                                                                   | ABORDAGEM | ATRIBUTO                                   | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|-------------------------|
| 1. Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) implantados                                          | Estrutura | Cobertura<br>Acessibilidade<br>Implantação | Estado<br>Macrorregiões |
| 2. Número de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com incentivo financeiro estadual                    | Processo  | Cobertura<br>Acessibilidade<br>Implantação | Estado<br>Macrorregiões |
| 3. Percentual de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que realizam “Matriciamento de equipes da Atenção Básica” | Processo  | Acessibilidade                             | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 14 - Elaborar e implantar linhas de cuidado para populações em situação de vulnerabilidade e invisibilização social**

| INDICADORES AES                                                                                                                            | ABORDAGEM | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|
| 1. Percentual de municípios com qualificação da atenção à saúde das populações historicamente excluídas, discriminadas e ou estigmatizadas | Processo  | Implantação | Estado<br>Macrorregiões |



**Prioridade 15 - Fortalecer as ações de valorização da gestão do trabalho e educação na saúde**

| INDICADORES AES                                                                                                        | ABORDAGEM | ATRIBUTO              | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------|
| 1. Percentual de unidades assistenciais de saúde sob gestão direta com estratégias de gestão do trabalho implementadas | Processo  | Cobertura Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 16 - Dimensionar a força de trabalho Das unidades de saúde sob gestão direta**

| INDICADORES AES                                                                                                   | ABORDAGEM | ATRIBUTO              | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------------|
| 1. Percentual de unidades próprias de saúde sob gestão direta com estratégias de gestão do trabalho implementadas | Processo  | Cobertura Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 17 - Ampliar a formação de especialistas, qualificar a regulação dos cenários de práticas e regionalizar a oferta de processos formativos**

| INDICADORES AES                                                                               | ABORDAGEM             | ATRIBUTO                     | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------|
| 1. Número de trabalhadores e gestores do SUS-BA certificados em processos formativos na ESPBA | Estrutura             | Qualidade técnico-científica | Estado                  |
| 2. Número de vagas de Residências em Saúde vinculadas à SESAB reguladas                       | Estrutura<br>Processo | Acessibilidade               | Estado<br>Macrorregiões |



**Prioridade 18 - Estruturar um novo modelo de comunicação em saúde (interna e externa)**

| INDICADORES AES                                              | ABORDAGEM                           | ATRIBUTO  | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------|
| 1. Número de ações de comunicação com a população realizadas | Processo<br>Resultado intermediário | Cobertura | Estado                |

**Prioridade 19 - Apoiar a reestruturação da Bahiafarma para fortalecimento a sua capacidade de produção de medicamentos para o SUS**

| INDICADORES AES                                                                  | ABORDAGEM             | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|
| 1. Número de apoios técnico e financeiro à reestruturação da Fundação Bahiafarma | Estrutura<br>Processo | Implantação | Estado                |

**Prioridade 20 - Elaborar um novo modelo de governança regionalizada com participação social**

| INDICADORES AES                                                                                                          | ABORDAGEM | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|
| 1. Percentual de Comitês Executivos de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS) nas macrorregiões em funcionamento | Processo  | Implantação | Estado<br>Macrorregiões |

**Prioridade 21 - Fortalecer o sistema de Ouvidoria do SUS Bahia por meio da ampliação de sua descentralização, garantindo o direito do cidadão à participação e ao controle social**

| INDICADORES AES                                                                                   | ABORDAGEM | ATRIBUTO                     | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------|-------------------------|
| 1. Número de ações de apoio matricial às Ouvidorias do SUS por Macrorregiões de saúde, realizadas | Processo  | Qualidade técnico-científica | Estado<br>Macrorregiões |



## Prioridade 22 - Fortalecer a participação e o controle social no SUS

| INDICADORES AES                                                                    | ABORDAGEM | ATRIBUTO    | INSTÂNCIA RESPONSÁVEL   |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-------------------------|
| 1. Número de espaços de participação social implantados nas macrorregiões de saúde | Processo  | Implantação | Estado<br>Macrorregiões |



## Principais termos e conceitos em Monitoramento e Avaliação em saúde

Diante da polissemia que abarca a área de avaliação em saúde, e como forma de contribuir no processo de monitoramento e avaliação em saúde, destacam-se alguns termos e conceitos que vêm sendo utilizados nesse campo.

| TERMOS                    | CONCEITOS E REFERÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Avaliação em saúde</b> | <p>Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.</p> <p>CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.</p> <p>A avaliação pode ser considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se faz sobre as práticas sociais. As práticas sociais compreendem desde as práticas cotidianas do trabalho até aquelas que correspondem a intervenções, formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para a modificação de determinada situação.</p> <p>VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.15.</p> |
| <b>Monitoramento</b>      | <p>Acompanhamento sistemático e contínuo da evolução de um processo ou fenômeno, realizado por observação, medição e análise constantes [...]. Além de identificar, solucionar e reduzir problemas para a correção de rumos, o monitoramento visa obter informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde. Glossário temático: monitoramento e avaliação / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Dados e Informações Estratégicas em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p.64.</p>                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Intervenção</b>        | <p>É um conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.</p> <p>CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Indicador</b>          | <p>Indicadores de saúde são “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde da população e do desempenho do sistema de saúde”.</p> <p>OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 3ª ed. Brasília: OPAS; 2026.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Indicador de Estrutura</b>                   | <p>Quando o indicador se refere a elementos da estrutura dos serviços ou sistemas de saúde, (recursos ou insumos utilizados, sejam eles financeiros, humanos ou materiais), ou seja, rede física, equipamentos e outros recursos materiais e recursos humanos.</p> <p>DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982:367-368.</p>                                                                                                                                                                                           |
| <b>Indicador de Processo</b>                    | <p>Quando o indicador se refere a operações da gestão e processos de trabalho da gestão ou das equipes ou profissionais de saúde, voltadas para a operacionalização das ações da gerência ou da atenção à saúde.</p> <p>DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982:367-368.</p>                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Indicadores de Resultados</b>                | <p>São indicadores que apontam os resultados alcançados com o processo de implementação de uma determinada política, plano, programa ou projeto. Definidos geralmente no curso de um processo de monitoramento e avaliação das políticas, planos, programas e projetos, os indicadores de resultados podem também ser elaborados no âmbito de uma pesquisa avaliativa, cujo objetivo seja determinar o alcance do processo de implementação.</p> <p>TEIXEIRA, C. F. Glossário. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 136.</p>                                                                      |
| <b>Indicadores de Resultados intermediários</b> | <p>Designamos como indicadores de resultados intermediários quando o indicador está relacionado às metas, objetivos ou aos produtos das ações do sistema e serviços de saúde, no cumprimento dos objetivos das ações estratégicas ou programáticas dos instrumentos de gestão.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Indicadores de Resultados finalísticos</b>   | <p>Designamos como indicadores de resultados finalísticos quando o indicador se relaciona a mudanças desejadas na situação de saúde da população em geral, grupos populacionais vulneráveis ou população alvo de intervenções em saúde.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cobertura</b>                                | <p>A avaliação de cobertura é aquela que mede a proporção da população-alvo beneficiada de uma intervenção ou programa.</p> <p>ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage, 2004.</p> <p>A cobertura pode ser considerada como potencial quando o que se mede são os recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de determinada ação. A cobertura real ou utilização, por sua vez, corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção.</p> <p>VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p 52.</p> |



|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Acessibilidade</b>               | <p>Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde às características dos serviços que assumem significado, quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar.</p> <p>OLIVEIRA, A. B.; MARTINS, M. M. F.; PAMPONET, M. L. Avaliação de cobertura e acessibilidade: conceitos e estratégias metodológicas. In: PINTO, I. C. M. et al. (org.). Avaliação em saúde: conceitos e práticas formativas. Salvador: EDUFBA, 2022. p. 13-33.</p> <p>DONABEDIAN, A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, DF: Ed. Biblioteca de la Salud, 1988.</p> |
| <b>Implantação</b>                  | <p>É a operacionalização adequada de uma intervenção.</p> <p>CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.</p> <p>Relaciona-se às atividades especificadas no desenho do programa que são necessárias para que este alcance seus objetivos.</p> <p>ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage, 2004. p. 427.</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Qualidade técnico-científica</b> | <p>Adequação das ações ao conhecimento e à tecnologia disponível, assim como ao suprimento em número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda.</p> <p>VUORI, H. A. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate. [S. l.: s. n.], 1991.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Eficiência</b>                   | <p>A eficiência denota a competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços, dados que, por sua vez, remetem à avaliação para considerações de benefício e custo dos programas sociais, ou seja, os investimentos que foram mobilizados devem produzir os efeitos desejados.</p> <p>RIBEIRO, E. A. W. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. Hygeia: Revista brasileira de geografia médica e da saúde, Uberlândia, v. 2, n. 2, 2006. p. 27-46.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



A avaliação de efetividade mensura se os resultados desejados de uma dada intervenção, em contextos e cenários reais de sua implementação, foram atingidos e se as mudanças incluem efeitos colaterais inesperados ou indesejáveis. É importante distinguir os conceitos de:

- Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”;

- Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado quando em “uso rotineiro”.

### **Efetividade**

VUORI, H. A. A qualidade da saúde. Divulgação em Saúde para Debate. [S. l.: s. n.], 1991.

- Impacto: efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 26.



## 5. GESTÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

### • Desafios e Possibilidades para a Gestão

O objetivo da AES é levar as prioridades da política em saúde do estado para o espaço micro, ou seja, no cotidiano das unidades para o planejamento das práticas e dos processos de trabalho, reorientando o microprocesso de trabalho. É possível utilizar-se da análise situacional para identificar "nós críticos" percebidos pelos profissionais dos pontos de atenção em saúde na sua prática assistencial, numa integração que permita que o planejamento não seja uma peça administrativa, mas uma ferramenta de gestão do território, da clínica, promovendo a transição do modelo médico-centrado para o trabalho em equipe multiprofissional e o foco nas necessidades do usuário.

Assim, a condução das políticas ocorre entre vários espaços de decisão colegiada (CIB, CIR), Conselho Estadual de Saúde (CES), espaços técnicos/gerenciais (áreas técnicas/administrativas que correspondem às "gerências de operações") e espaços operacionais (prestação de ações/serviços de saúde: unidades de saúde) e gestão/gerência do sistema: gabinete dos secretários/coordenações e gerência de unidades, seja pelo próprio estado (que assume também o papel de prestador), pelos municípios e contratados (o que insere a iniciativa privada no sistema).

A condução da AES pressupõe avanços na gestão como possibilidade de:

- utilização do enfoque situacional, ao lado de outras contribuições para o "planejamento das práticas de saúde", na perspectiva de mudança do processo de trabalho em saúde;
- elevação da capacidade de governo, com fortalecimento técnico e político dos dirigentes; introdução de métodos e técnicas de gestão (planejamento, melhoria contínua, cooperação técnica com forças tarefas para enfrentamento de problemas específicos a cada território); ampliação da forma de organização (nos espaços macro, meso e micro);
- ampliação da governança nos Núcleos Regionais de Saúde como elementos dinamizadores de mudança do processo de trabalho em saúde – enfoque situacional, planejamento programação a cada espaço/território (planos de trabalho construídos de forma cooperativa) e ajustes dos possíveis resultados: melhorias contínuas sucessivas a partir da escolha das tecnologias adequadas para resolver a situação.



Destacam-se as “concessões” e “negociações” no jogo político, o aprendizado institucional cotidianamente construído, envolvimento de dirigentes e técnicos visando promover acumulação da capacidade de análise e formulação de propostas em torno da construção/ (re)construção da agenda governamental e melhores resultados sanitários.

Desse panorama prévio, fazendo relação com a análise do projeto de construção da AES da Sesab, podem ser inferidas algumas relações importantes entre os momentos de planejamento (destacando o momento tático operacional, como central quando o processo está se deslocando da Alta Direção para o espaço regional). E o momento *tático-operacional* caracteriza-se pelo *fazer*, quando a ação se realiza em toda a complexidade do real, requerendo ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação.



## 6. COMUNICAÇÃO PARA A AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

### PROPOSTA DE PLANO DE COMUNICAÇÃO PARA A AGENDA ESTRATÉGICA EM SAÚDE

A elaboração de um Plano de Comunicação para a AES (PC-AES) da Sesab requer a compreensão da comunicação na organização, das peculiaridades da comunicação na sociedade contemporânea e suas principais características que podem configurar a comunicação no âmbito institucional, bem como é preciso definir um modelo de comunicação coerente com os princípios do SUS e com a cultura organizacional.

Assim, a proposição do Plano de Comunicação da AES supõe o conhecimento: a) da situação comunicacional, inclusive sobre a adequação de produtos, práticas e processos desencadeados junto aos interlocutores (trabalhadores e usuários do SUS); b) das especificidades socioculturais dos interlocutores; c) dos significados coletivamente construídos; e) do feedback ou novas mensagens produzidas entre os interlocutores; f) dos meios ou canais de comunicação utilizados e preferenciais dos interlocutores; g) do fluxo e dinâmica comunicacional dos interlocutores internos e externos à organização. Para tanto, é necessário estimular a participação coletiva de trabalhadores e usuários do SUS, de modo que se sintam pertencentes, colaboradores e autores do plano.

Considerando que se trata de uma organização hipercomplexa, a Sesab possui peculiaridades nos seus modos de comunicar e seus objetivos comunicacionais, que precisam ser conhecidos e aprimorados. Em uma primeira aproximação o Plano Estadual da Saúde (PES) 2024-2027; a Programação Anual de Saúde (PAS); documentos de demandas dos gestores e relatórios técnicos das Oficinas produzidas no âmbito do Projeto de cooperação técnica da UFBA/ISC com a Sesab são fontes indispensáveis de consulta, utilizadas no processo de elaboração da AES/Sesab. São as necessidades comunicacionais da Sesab que devem funcionar como motivadores da elaboração de um Plano de Comunicação da AES, em momentos de reflexão sobre as potencialidades e limites da comunicação em uma organização, buscando compreender o ambiente comunicacional da Sesab, de modo a sugerir estratégias e instrumentos mais adequados para a divulgação interna e externa da AES.

Merecem destaque alguns elementos do referencial teórico desenvolvido, tanto da comunicação em saúde como do planejamento estratégico, que apontam diretamente para questões relevantes para a construção do PC-AES, a saber: modelos de comunicação; princípios e diretrizes; objetivos e estratégias.



## • Modelo de comunicação – é preciso conhecer e definir

De acordo com a literatura sobre os modelos de comunicação, em geral e em serviços de saúde, é necessário distinguir aqueles tradicionais/verticais, ainda predominante nos serviços de saúde, dos transversais/participativos/democráticos, pois estes possuem características distintas. Trata-se de ter em perspectiva uma mudança cultural da organização, no que diz respeito à gestão da comunicação, fluxos e linguagem, conforme o Quadro 1.

**Quadro 1** - Mudança cultural – da comunicação vertical à comunicação transversal

| Comunicação     | Vertical                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Transversal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centralizada;</li> <li>- Produção de cima para baixo, distante dos trabalhadores e usuários;</li> <li>- Distribuição verticalizada e segmentada (fragmentada);</li> <li>- Fluxos predefinidos;</li> <li>- Ausência de <i>feedback</i>;</li> <li>- Linguagem técnica, distante dos interlocutores.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descentralizada, multilateral, em processo;</li> <li>- Permite a participação dos diferentes interlocutores;</li> <li>- Multimeios;</li> <li>- Fluxos multidirecionais: percorre todas as instâncias da instituição; permite <i>feedback</i>;</li> <li>- Linguagem própria dos interlocutores;</li> <li>- Favorece à criação de ambiente interativo e comunicativo.</li> </ul> |
| Vantagens       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior controle das ações pela gestão.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produção próxima aos trabalhadores em todos os níveis de atenção;</li> <li>- Maior autonomia e participação na produção, circulação e consumo;</li> <li>- Maior envolvimento e satisfação de trabalhadores e usuários; sentimento de pertencimento.</li> </ul>                                                                                                                 |
| Desvantagens    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visão unilinear da comunicação;</li> <li>- Fluxos de comunicação distorcido e demorado;</li> <li>- Linguagem inadequada;</li> <li>- Simplificação da comunicação.</li> </ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor controle das ações pela gestão.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Fonte: Santos (2025).

## • Princípios e diretrizes de um Plano de Comunicação no SUS

Um Plano de Comunicação em um sistema estadual de saúde deve ser coerente com os princípios e diretrizes do SUS, e podem ser traduzidos para o planejamento da comunicação da AES, conforme o Quadro 2.



**Quadro 2** – Princípios e diretrizes do SUS e sua tradução para o campo da Comunicação em Saúde

| PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS | TRADUÇÃO PARA A COMUNICAÇÃO                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Universalidade</b>          | Acesso universal às informações.                                                                                                                                                                      |
| <b>Equidade</b>                | Multimediatização.<br>Redução das assimetrias de poder. Priorização de grupos mais vulneráveis (discriminação positiva).                                                                              |
| <b>Integralidade</b>           | Integração das práticas de comunicação baseadas na concepção ampliada da saúde.<br>Implica no envolvimento dos diversos níveis de atenção, ao interior da organização e junto às populações.          |
| <b>Participação social</b>     | Envolvimento dos sujeitos interlocutores da Sesab nos processos de construção e execução das ações da AES e o compartilhamento das ações prioritárias da AES com todos os integrantes da organização. |
| <b>Descentralização</b>        | Comunicação transversal.                                                                                                                                                                              |

Fonte: Santos (2025), com base em Costa e Rangel-S (2007).

O alinhamento dos objetivos com os princípios, diretrizes e estratégias em redes (físicas e virtuais) é fundamental no plano de comunicação da AES necessário para torná-lo coerente e consistente, conforme sistematizado no Quadro 3.



**Quadro 3** - Objetivos, princípios, diretrizes e estratégias para a elaboração do Plano de Comunicação para a AES

|                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objetivos</b>                                        | <p>Criar um ambiente interativo e comunicativo que amplie a visibilidade das ações, projetos, programas e atores e da AES e fortaleça as relações institucionais entre gestores e trabalhadores.</p> <p>Incluir a participação de interlocutores diversos que atuam no processo de construção e desenvolvimento da AES.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Princípios e Diretrizes</b>                          | <p>Estratégias participativas, interativas e dialógicas.</p> <p>Mensagens multi-referenciais (diversidade cultural).</p> <p>Plano integrado às ações de saúde da instituição.</p> <p>Canais interativos e dialogantes, multimídia.</p> <p>Atividade com coordenação participativa dos interlocutores.</p> <p>Valoriza repertório linguístico loco-regional.</p> <p>Valoriza preferências de meios de comunicação.</p> <p>Valoriza diversas maneiras de significação e ação da comunicação em saúde nas diferentes culturas.</p> <p>Atualiza as TIC.</p> <p>Prioriza o uso de imagem e som nas peças e ações comunicativas.</p> |
| <b>Estratégias de Comunicação em Rede</b>               | <p>Mapeia, avalia e fortalece as redes formais e informais de comunicação.</p> <p>Identifica e fortalece interlocutores líderes das redes de comunicação interna e externa.</p> <p>Coordena o trabalho da comunicação em rede.</p> <p>Monitora e avalia o trabalho da comunicação em rede.</p> <p>Prospecta uma rede interativa orgânica, acessível, transversal, que permita a participação de todos, com seus posicionamentos e sugestões.</p> <p>Atualiza os canais de comunicação e interação.</p>                                                                                                                         |
| <b>Estratégias de Comunicação Digital e Audiovisual</b> | <p>Produz <i>podcast</i> e audiovisuais de modo participativo a serem distribuídos com ampla circulação.</p> <p>Dissemina <i>podcasts</i> e mensagens de áudio por meio do <i>WhatsApp</i> às redes internas e externas de comunicação.</p> <p>Potencializa os processos comunicacionais com o uso da imagem em peças comunicativas.</p> <p>Considera o trabalhador de saúde como referência (“influenciador”) digital (ou presencial) nos territórios.</p> <p>Identidade visual compatível com a identidade locorregional e territorial.</p>                                                                                  |
| <b>Estratégias de Comunicação Face a Face</b>           | <p>Interativa e dialógica.</p> <p>Capacidade de escuta, sem julgamento, buscando compreender os significados das narrativas dos interlocutores em seus contextos.</p> <p>Trabalhador saúde como mediador da conversação com grupos sociais no território.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



## • Matriz de planejamento: instrumento de planejamento indispensável

Um instrumento de planejamento se faz necessário para a elaboração do Plano de Comunicação da AES, aqui sugerida a Matriz 1 a seguir, a qual pode ser aplicada para comunicação interna e externa da instituição, a fim de organizar a divulgação e a participação dos membros no processo de construção da AES.

**Matriz 1** - Plano de Comunicação da Agenda Estratégica da Saúde da Sesab

| Ação Prioritária da AES | Objetivos | Interlocutores e características | Mensagens | Linguagem | Meios/canais | Fluxos/Circuitos | Estratégias de comunicação |
|-------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|-----------|--------------|------------------|----------------------------|
|                         |           |                                  |           |           |              |                  |                            |
|                         |           |                                  |           |           |              |                  |                            |

Fonte: Santos (2025).



### VERBETES

**Estratégias de comunicação:** ações a serem desenvolvidas para o plano de comunicação, de acordo com os públicos interlocutores e objetivos da AES.

**Fluxos e canais:** construir e/ou fortalecer meios que propiciem a interatividade e os fluxos rápidos e eficientes que propiciem o *feedback*.

**Interlocutores:** aquelas pessoas envolvidas na comunicação. São membros da Sesab e parceiros externos convidados a participar do processo de operacionalização da AES.

**Linguagem:** observar o repertório linguístico dos pares comunicantes.

**Meios e canais:** dispositivos utilizados para a comunicação. Fortalecer as redes, físicas e digitais, formais e informais de comunicação.

**Mensagens:** o que se quer comunicar/compartilhar/divulgar da AES. Devem ser coproduzidas, com definição clara e precisa, não produzir mensagens de cima para baixo, com excessivos termos técnicos, dificultando a compreensão.

Fonte: Santos (2025).

O caráter participativo do processo de planejamento oferece a vantagem de incluir os atores interessados no desenvolvimento da AES, contribuindo para a elaboração de um plano compatível com as necessidades de comunicação, identificáveis na realidade social, além de resultar em um plano sensível a essa realidade, envolvendo os interlocutores de setores internos e externos à Sesab, pois são todos potenciais colaboradores da operacionalização da AES ou construtores da AES na prática. Quanto mais interlocutores forem incluídos, maior a amplitude da participação e maior o enraizamento da AES na Sesab.



Cabe elaborar, de modo participativo, a comunicação em formatos digitais e o uso de imagens, de modo coerente aos modos de comunicação do território.

#### • Componentes e ações do Plano de Comunicação

Um plano de comunicação possui alguns componentes a serem definidos no processo de planejamento, descritos no Quadro 4. A articulação e a dinâmica que se imprime a componentes definirão o modelo de comunicação, que pode ser mais ou menos participativo.

**Quadro 4** - Componentes e ações do plano de comunicação para a construção da AES

| <b>Objetivo do Plano: contribuir para a produção de sentido para a AES em âmbito central, macrorregional e regional no estado da Bahia.</b> |                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Componentes do Plano</b>                                                                                                                 | <b>Ações</b>                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Público/Interlocutores</b>                                                                                                               | Mapeamento dos interlocutores com quem se deseja comunicar.                                                                                                                                                                                   |
| <b>Mensagens</b>                                                                                                                            | Elaboração de mensagens com a participação dos envolvidos.<br>Seleção das informações necessárias sobre a AES.                                                                                                                                |
| <b>Linguagem</b>                                                                                                                            | Utilização de repertórios linguísticos adequados aos interlocutores, e suas características socioculturais, focando na linguagem simples, clara e objetiva.                                                                                   |
| <b>Canais/Meios</b>                                                                                                                         | Utilização de canais de comunicação de preferência dos participantes (digitais e não digitais).<br>Valorização e fortalecimento das redes de comunicação existentes (físicas e/ou digitais).                                                  |
| <b>Fluxos/Circuitos</b>                                                                                                                     | Mapeamento e utilização dos fluxos da informação e comunicação em rede.<br>Ativação/fortalecimento de pontos relevantes do circuito comunicativo.<br>Incentivo e fortalecimento da comunicação todos-todos<br>Estímulo aos <i>feedbacks</i> . |
| <b>Estratégias de Comunicação</b>                                                                                                           | Ações “mediadas”: utilização de meios físicos ou digitais.<br>Utilização de produtos comunicativos com uso de imagens e som (vídeos, <i>podcasts</i> ).<br>Comunicação em redes físicas e digitais.                                           |



## • Linhas de Comunicação da AES por onde circulam as mensagens

Distinguem-se na organização linhas de comunicação, interna e externa, a serem trabalhadas estrategicamente, entendendo que a separação interna-externa é apenas operacional, uma vez que, na realidade elas são inseparáveis, dada a ampla circulação e multidirecionalidade de mensagens nas redes, de dentro e de fora da instituição. Essas linhas são aqui esquematizadas para a proposição do Plano de Comunicação da AES (Quadro 5).

**Quadro 5** - Linha de comunicação, objetivos e estratégias

| LINHAS DE COMUNICAÇÃO   | OBJETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ESTRATÉGIAS                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMUNICAÇÃO INTERNA     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                        |
| Alta direção            | <p>Construir relações de confiança e credibilidade com gestores e todos os membros da instituição, dos mais próximos aos mais distantes.</p> <p>Compartilhar conhecimentos e significados referentes à AES entre os vários setores.</p>                                                                                                                                                        | <p>Conversações cotidianas</p> <p>Encontros presenciais</p> <p>Oficinas</p> <p>Comunicação digital</p> <p>Audiovisuais</p> <p>Áudios</p>                                               |
| Gestores intermediários | <p>Construir relações de confiança e credibilidade com todos os membros da instituição, dos mais próximos aos mais distantes.</p> <p>Compartilhar conhecimentos e significados referentes à AES entre os vários setores e unir esforços para a tomada de decisão coletiva da organização.</p> <p>Construir ambientes interativos e participativos no desenvolvimento do trabalho em saúde.</p> | <p>Conversações cotidianas</p> <p>Encontros presenciais</p> <p>Oficinas</p> <p>Comunicação digital</p> <p>Audiovisuais</p> <p>Áudios</p>                                               |
| Trabalhadores da gestão | <p>Colaborar internamente e externamente com o trabalho dos diversos setores. Compartilhar conhecimentos e significados acerca do seu trabalho na organização, sua missão.</p> <p>Contribuir com a criação de ambientes interativos e participativos no desenvolvimento do trabalho em saúde.</p>                                                                                              | <p>Conversações cotidianas</p> <p>Encontros presenciais</p> <p>Oficinas</p> <p>Comunicação digital</p> <p>Produção audiovisual sobre a AES</p> <p>Boletins internos participativos</p> |



| COMUNICAÇÃO EXTERNA                           |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sociedade                                     | Dar visibilidade à gestão, seus compromissos e seus avanços.                                                                                                                                    | Publicidade via:<br>mídia massiva (TV, rádio, impressos)<br><br>Entrevistas<br><br>Notícias de eventos<br><br>Redes digitais ( <i>youtube, facebook, WhatsApp</i> , outros) |
| Trabalhadores dos serviços da rede própria    | Compartilhar conhecimentos e significados acerca da organização, sua missão.<br><br>Contribuir com a criação de ambientes interativos e participativos no desenvolvimento do trabalho em saúde. | Encontros presenciais<br><br>Oficinas<br><br>Comunicação digital<br><br>Vídeos<br><br>Produção audiovisual sobre a AES<br><br>Boletins digitais internos e participativos   |
| Trabalhadores dos serviços da rede conveniada | Compartilhar conhecimentos e significados acerca dos compromissos firmados, e suas implicações para o trabalho em saúde.                                                                        | Reuniões<br><br>Comunicação digital<br><br>Vídeos<br><br>Produção audiovisual sobre a AES                                                                                   |
| Secretarias Municipais de Saúde               | Compartilhar conhecimentos e significados acerca dos compromissos firmados, implicações para o trabalho em saúde.                                                                               | Reuniões<br><br>Encontros presenciais<br><br>Oficinas                                                                                                                       |

Fonte: Santos (2025).



## ESTRATÉGIAS PARA A DIVULGAÇÃO DA AES/SESAB

A divulgação da AES é de fundamental importância para o seu desenvolvimento na Sesab. Para que ocorra satisfatoriamente, é preciso considerar alguns pressupostos:

É importante promover uma cultura institucional de comunicação participativa.

**PERTENCIMENTO = ENGAJAMENTO + PARTICIPAÇÃO**

A comunicação informal é um circuito legítimo de circulação da informação.

Peças devem ser produzidas por agentes nos contextos e nos processos em que serão utilizadas.

**TODOS SÃO PRODUTORES E RECEPTORES DE CONTEÚDOS**

### • O *site* como estratégia comunicacional prioritária para divulgação da AES e do Plano de Comunicação

Em consonância com o *site* da Sesab, importante estratégia de comunicação dessa instituição, a página da AES pode ser encontrada em aba específica nesse mesmo *site*. Ele resulta do trabalho conjunto do ISC com a ASCOM/Sesab e, utilizando uma linguagem adequada e habitual dos trabalhadores e gestores da Sesab, disponibiliza ao público (interno e externo) informações acerca de todo o processo de construção da AES, mostrando os diversos momentos para essa produção, destacando as atividades, os objetivos, os participantes, os resultados, e os indicadores. Sua divulgação é necessária para abranger todos os envolvidos no processo de planejamento e gestão do SUS/Sesab, sensibilizando-os e envolvendo-os.





**VISITE E DIVULGUE**

<https://www.saude.ba.gov.br/agendaestrategica/>

### • Boletim Digital

Um Boletim Digital (BD) cumpre a função comunicativa de manter uma comunidade informada dos acontecimentos em torno de uma determinada atividade ou conjunto de atividades. A criação e a alimentação do Boletim Digital da Agenda Estratégia em Saúde manterão os gestores e trabalhadores continuamente informados do andamento dos trabalhos referentes a cada uma das prioridades da AES.



### **ATENÇÃO**

**O BD poderá trazer entrevistas e/ou pequenos textos de superintendentes, dirigentes, coordenadores e trabalhadores, relatos de eventos ocorridos; notas sobre o trabalho referente a cada diretriz ou prioridade, sempre com imagens complementando o texto, de modo a facilitar a circulação de informações e contribuir para o diálogo permanente sobre a AES entre os diferentes participantes da Sesab.**

Fonte: Santos (2025a).

### • A validação

A validação de ações e produtos de comunicação é uma condição para que esses sejam mais eficientes nos processos de apropriação de mensagens e construção de parcerias no processo de implantação da AES. Portanto, as escolhas das estratégias e produção de instrumentos de comunicação (audiovisuais e outros) devem ser validados, assim como todo o plano de comunicação, observando-se a coerência das ações *versus* as características da comunicação na sociedade e nas organizações contemporâneas e, em especial, como essas se traduzem no território e nos diferentes contextos. Sessões de validação para discussão com gestores, ASCOM/Sesab, trabalhadores e usuários podem ser organizadas para a validação de peças e meios de divulgação dos indicadores de avaliação das ações da AES e outros.



## ESTRATÉGIAS PARA O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO PC-AES NA SESAB

A fim de alcançar formas de sustentação das ações de comunicação estratégica da AES, presume-se a necessidade de criar estruturas factíveis que permitam a implantação e continuidade do Plano de Comunicação da AES (aspecto do desenvolvimento institucional). Ademais, algumas ações podem ser realizadas:



A produção de um Guia de Apoio Institucional a Ações de Comunicação da AES, voltado aos gestores e trabalhadores, poderá contribuir para o desenvolvimento das diversas linhas de comunicação.



Para sua operacionalização, pode-se criar um comitê com trabalhadores multiplicadores de cada um dos principais setores vinculados às diretrizes e projetos prioritários.

Sabemos que a capacitação no manejo dos dispositivos digitais e audiovisuais de comunicação é uma necessidade, no sentido de contemplar o princípio da equidade, pois nem todas as pessoas possuem habilidades para o manejo dessas tecnologias, o que decorre das diferenças de idade e condição socioeconômica dos participantes, dentre outras condições.



Para facilitar o trabalho por meio das redes de interlocutores convém mapeá-las e caracterizá-las, produzindo um desenho da rede de interlocutores da Sesab, incluindo gestores entre si, gestores e trabalhadores, trabalhadores entre si, e trabalhadores e usuários, para potencializar a comunicação em rede.



Programação da oferta de minicursos para o manejo de tecnologias digitais e audiovisuais, assim como para a produção de áudio/*podcast* nas regiões, para as referências regionais e macrorregionais.



Ainda se sugere a ampliação da produção de dispositivos comunicacionais em formatos digitais que facilitem a convergência midiática e tecnológica, levando em consideração a polifonia das vozes, mediante *podcast*, vídeos, tv *web*, exposições, portfólios.



O desenho de um programa de *podcast* para o trabalho na saúde da AES, envolvendo conceito, roteiro, produção de programas piloto com entrevistas e relatos de experiências municipais, que possam contribuir para alimentar a conversação interna e externa sobre a AES.

A proposta é que seja estruturada uma central de *podcast* a fim de reunir produções estadual e municipais, constituindo-se como canal de referência para divulgação de ações, programas e compartilhamento de experiências exitosas.

No sentido de melhorar a qualidade das ações de comunicação face a face, a produção de um Manual e Capacitação em Metodologias Participativas, pode facilitar e orientar a realização dessas ações comunicativas.



### **Manual de Metodologias em Comunicação**

- Produção de peças comunicativas adequadas a cada público interlocutor.
- Avaliação de ações e peças comunicativas.
- Aprendizagem de métodos e técnicas para a escuta em trabalhos de grupo.
- Métodos e técnicas para a produção de mensagens.
- Métodos e técnicas de mapeamento de repertórios linguísticos locais.

Cabe também avaliar a eventual necessidade de capacitação dos responsáveis pela gestão da comunicação: produção, circulação, monitoramento e avaliação das ações de comunicação; bem como desenvolver metodologias de avaliação das estratégias e ações de comunicação, a serem aplicadas periodicamente.

Necessário ressaltar a importância de realização de pesquisas de monitoramento e avaliação do desenvolvimento das ações do Plano de Comunicação da AES, visando identificar possíveis obstáculos à sua implantação.





## REFERÊNCIAS

SANTOS, M.L.R., OPAS. **Documento técnico contendo estudo de peças possíveis para divulgação e Roteiro de peça (s) de Vídeo (s) etc. e sugestão de Slogan e uso de cores e imagens.** Nov. 2024.

SANTOS, M.L.R., OPAS. **Documento técnico contendo Proposta para elaboração do Plano de Comunicação da Agenda Estratégica da Sesab.** Mar.2025.

SANTOS, M.L.R., OPAS. **Relatório de discussões com dirigentes e assessoria de comunicação da Sesab para validação das peças comunicativas e os meios de divulgação sobre a sistematização dos resultados dos indicadores de avaliação das ações da Agenda Estratégica da Sesab.** Julho 2025a.



# APÊNDICE: PARTICIPANTES DAS OFICINAS

## OFICINAS DE TRABALHO

1. Adalton Santiago
2. Adelson Prata
3. Ana Cristina Oliveira Guimarães
4. Ana Gonçalves Morris
5. Ana Júlia Barbosa
6. Antônio Conceição da Purificação
7. Antônio Marcos do Nascimento Pereira
8. Artur Ribeiro Alves
9. Átila Pinheiro
10. Carlos André Nascimento Ramos
11. Catarina Cesarino
12. Ceuci de Lima Xavier Nunes
13. Christiane Castellucci
14. Clarissa Leite Campos
15. Cláudia Daniela Santos Souza
16. Cláudia de Oliveira
17. Cláudia Cristiane Moura
18. Cristiane Câmara Macêdo
19. Daise Pimentel
20. Daniela Neves Castellucci
21. Danielli Nunes de Oliveira Costa
22. Danilo Souza Amorim
23. Denise Pestana de Castro
24. Diego Aires de Souza
25. Diego Cavalcante Teixeira Daltro
26. Diego Wesley Miranda de Andrade
27. Educi Pereira Rezende
28. Edy Gomes
29. Edymilla de Almeida Cristo
30. Elaine Catarina Cesarino Passos
31. Eliane Cristina de S. Fiais
32. Elisa Bellas
33. Emmanuel Santos de Oliveira
34. Everaldo França
35. Felipe Cunha Alabin
36. Fernanda Lins
37. Gisélia Santana Souza
38. Gladys Oliveira
39. Guy Padilha Luz Filho
40. Hadson Nomour
41. Igor Rigaldi Lins
42. Isabel Cristina
43. Isabella Borges Moreira Soares de Andrade
44. Itatyane Bispo de Oliveira
45. Jamile David de Andrade
46. Jamile Queiroz
47. Janaína Peralta de Souza
48. Janaína Santos Lima
49. Jarissa Porta dos Santos
50. Jéssica Alves Vasconcelos
51. Joana Angélica Molesini
52. Joana Demarchi
53. Joana Tainá M. Araújo
54. João Emmanuel
55. Joselton Calmon
56. Juliana Barboza Nunes
57. Kamile Miranda
58. Karla Costa Musto
59. Karlos Figueiredo
60. Karoline Silva Rebouças
61. Kilson Moura Lomanto
62. Larissa Cortijo de Almeida
63. Larissa Rocha
64. Letícia Coelho da Costa Nobre
65. Liliane Mascarenhas Silveira
66. Lis Bandarra
67. Luana Nunes
68. Lucas Mucarzel
69. Lucas Thiago
70. Luciano de Paula Moura
71. Luís Eugênio de Souza
72. Luis Henrique Barreto
73. Luiz Gonzaga Catto
74. Luiz Henrique Gonzales d'Utra
75. Mairla H. Alves de Almeida Monteiro
76. Manuela Barqueiro
77. Manuela Nascimento Ferreira
78. Márcia Lima
79. Márcia São Pedro Leal Souza
80. Marcus Vinícius Bomfim Prates
81. Maria Alcina Romero Boullosa
82. Maria Fernanda Yanases
83. Maria José de Jesus Silva Costa
84. Maria Lúcia Vieira Albuquerque
85. Maria Tereza Braga
86. Mariana Cavalcante de Oliveira
87. Mariana Nossa Aragão
88. Mariana Passos de Almeida
89. Mariana Rodeiro
90. Mariana Santos Amaral
91. Maridete Simões de Castro Cunha
92. Michael do Carmo Silva
93. Milena Lima Santos
94. Mirella T. Fontes
95. Mônica Hupsel Frank
96. Murilo Bahiense
97. Nanci Salles



98. Nana N. Sampaio
99. Natali Ramos
100. Olga Cristina Lima Sampaio
101. Patrícia Vasconcelos Matias da Silva
102. Pedro Alcântara
103. Petrivone Maria Ferreira Sampaio
104. Priscilla Macedo Magalhães Bellazzi
105. Radaman de Souza Barreto
106. Rafael Freitas
107. Rafael Laranjeira Cerqueira
108. Ramon Saavedra
109. Raoni Andrade Rodrigues
110. Ricardo F. Mendes dos Santos
111. Rita de Cássia Silva Santos
112. Rivânia Andrade
113. Rívia Mary de Barros
114. Rogério Ribeiro
115. Romilton da Silva Sousa
116. Samya Kelly Menezes
117. Sérgio Matheus Fernandes Santos
118. Taiane Campelo Franco Martins
119. Tânia Rocha
120. Taís da Cunha Tupinambá
121. Thais Soleane
122. Ubiraylson Brandão de Andrade
123. Zaine dos Santos Cardozo Lima

25. Dolores Fernandez Fernandez
26. Elaine Silva Bispo da Cruz
27. Elisa Dantas Bellas
28. Elizia Meire Ribeiro Couto
29. Fabiane Costa Santos Fontoura
30. Fabio Romão de Sá
31. Felipe Fontes Costa Pinto
32. Fernando Luiz Failla
33. Gabriela Machado Alban
34. Gabriella Cunha
35. Gleice de Oliveira Rosário
36. Heder Silva Oliveira
37. Helena Pataro
38. Ícaro Souza
39. Ingrid Rafaelly Correia de Oliveira Silva
40. Jamile Almeida Martins
41. Jarissa Porto dos Santos
42. Joana Demarchi
43. Jucelino Nery da Conceição Filho
44. Júlia Gonçalves Costa
45. Larissa Cortizo de Almeida
46. Larissa de Santana Costa Santos
47. Leila Andrade Lemos
48. Leila Regina Amorim Araújo de Azevedo
49. Liliane Mascarenhas Silveira
50. Louricea de Cerqueira Daltro
51. Luca Iago Moura da Silva
52. Lucas Thiago Couto Ribeiro Araujo
53. Lucrécia Savernini de Freitas
54. Luiz Eduardo Santos de Jesus
55. Luiz Gonzaga Catto
56. Luth Gouveia Caymmi
57. Maíra Sandes Moromizato
58. Manuela Matos Maturino
59. Marcele Santana de Freitas
60. Maria Alice Teixeira Luciano de Sena
61. Maria Aparecida Figueredo Rodrigues
62. Mariana Campos Lima Almeida
63. Mariana Santos Amaral
64. Marise Guimarães de Oliveira
65. Micaelle Exaltação
66. Milena Andrade Oliveira Duraes
67. Mônica O'Dwyer
68. Nanci Nunes Sampaio Salles
69. Niklas Soderberg
70. Núbia Valéria Santos Sobral
71. Olga Cristina Lima Sampaio
72. Osvaldo Oliveira Lima Neto
73. Patrícia Vasconcelos Matias da Silva
74. Pedro Paulo Bastos Filho
75. Priscilla Pereira dos Santos
76. Radaman de Souza Barreto
77. Rafael Laranjeira Cerqueira
78. Regilene de Jesus Santos Batista
79. Ricardo Figueira Mendes dos Santos
80. Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho
81. Silvana Márcia Pinheiro Santos Coelho

## OFICINAS MACRORREGIONAIS

### OFICINA MACRORREGIONAL LESTE

1. Abevailton Miranda da Silva
2. Alexis Leal Méndez
3. Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
4. Ana Karina Menezes Lima
5. André Santos Gomes
6. André Vinícius Costa Carneiro Dourado
7. Antônio Carlos Cruz Freire
8. Antônio Conceição da Purificação
9. Arabela Leal e Silva de Mello
10. Bruna Santos de Oliveira
11. Carla Belo de Matos
12. Carli Vieira Ventura dos Santos
13. Carlos André Nascimento Ramos
14. Christiane Neves Catellucci
15. Clarissa Leite Campos
16. Cláudia de Oliveira
17. Clisya Dias Bertino Bispo de Oliveira
18. Cristiane Abdon Nunes
19. Cristiane Câmara Macêdo
20. Cristina Celestino Conceição Archanjo
21. Daise Pimentel Souza
22. Daniela Gomes dos Santos Biscarde
23. Daniela Nunes Vitor
24. Danielle Canavarro



82. Silvania Kátia Simões Silva
83. Silvia Denise Laranjeira Cardoso
84. Simone Cerqueira Machado Alves
85. Suzana Costa Carvalho Neri
86. Tânia Margarida de Novaes Rocha
87. Tásio de Souza Lessa
88. Thais Fraga Nunes
89. Viviane Assis de Araújo
90. Viviane Mascarenhas Silva Rebouças
91. Viviane Santiago de Oliveira
92. Yanne Danielly Santos Amorim

#### OFICINA MACRORREGIONAL NORTE

1. Aldeneide Teixeira Theodorio
2. Aline Souza de Oliveira Brito
3. Ana Kariny Costa Araújo
4. Ana Lúcia Pinheiro Martins
5. Andréa Raimundo Dias
6. Christiane Neves Castellucci
7. Claudenice Ferreira dos Santos
8. Daniele de Oliveira Gonçalves
9. Danielle Canavarro
10. Danilo César Sousa da Conceição
11. Eliete Dias de Castro
12. Fanny Almeida Wu
13. Guilherme Rodrigues
14. Gustavo Barbosa Viana
15. Isabelita Isandra Brito Nonato
16. Jécica dos Santos Xavier
17. Jéssica Oliveira Souza
18. Jeyson Murayama
19. Kamila Juliana da Silva Santos
20. Lara Matos Santos
21. Luciana de Albuquerque Salviano Amora
22. Marcos de Jesus Pinto
23. Maria Gabriele de Almeida Dantas
24. Michelle Katherine Andrade Xavier
25. Mirella Dias Almeida
26. Otaviano Alves Cajui
27. Patrícia Vasconcelos Matias da Silva
28. Paula Edilene Ribeiro Marcula
29. Pedro Alcântara de Souza
30. Ricardo Figueira Mendes dos Santos
31. Ricardo Pereira Landim
32. Robério Costa Brandão Santos
33. Rosa Cristina Pereira Paixão
34. Rosimeire da Costa Castro
35. Simone Almeida dos Santos
36. Thaysa Maria Vieira Justino
37. Vanessa Azevedo
38. Willian Barbosa da Silva

#### OFICINA MACRORREGIONAL SUDOESTE

1. Adeilde Alves de França
2. Alzira Stela Boa Sorte Moraes
3. Ana Bárbara Ataíde Macedo
4. Ana Carla Freitas Fonseca
5. Catarina Ribeiro Fernandes
6. Cinara Andrea Umburana Lima Bomfim
7. Cinthia Barros Rocha
8. Desirée dos Santos Carvalho
9. Dirlaine Cristina Aguiar Souto Cruz
10. Eliúde Tanan
11. Fabiely Gomes da Silva Nunes
12. Gabriella Pereira Santos
13. Handara Santana Silva
14. Indiana Fernanda Santos Leão
15. Ione Silva Matos
16. Jaqueline Madureira Gonçalves
17. Joana Angélica Oliveira Molesini
18. Joelma de Meira Ferreira
19. Jouanna Mourena Santos Lima
20. Juscelia Lisboa Alves de Melo
21. Karoline Silva Rebouças
22. Kassia Jeane Felix dos Santos Vieira
23. Lucas Thiago Couto Ribeiro Araújo
24. Luiz Eduardo Ferreira Alves da Silva
25. Marcelo Pereira da Rocha
26. Marcelo Soares Dos Anjos
27. Márcia Moraes Cangussu
28. Marciglei Brito Moraes
29. Maria Aparecida Cardoso de Queiroz Roldão
30. Maria de Fátima Rocha Ribeiro da Silva
31. Micaelle Exaltação
32. Osvaldo Brito Luz Júnior
33. Patrícia Vasconcelos Matias da Silva
34. Rener Leite Sousa
35. Ricardo Figueira Mendes dos Santos
36. Soraia Pereira Bizerra
37. Verônica Pereira Batista Barbosa

#### OFICINA MACRORREGIONAL CENTRO-LESTE

1. Adriana Lopes de Menezes
2. Alexandra Carvalho de Almeida Aires
3. Aline Brandão Lima
4. Amanda Costa Melo
5. Ana Paula Silva Santos
6. Bárbara Antonia Souza Lima
7. Bruno Borges Dias
8. Celita Nazareth Pacheco de Menezes
9. Cristiana Maria Brito França
10. Cristiane Abdon Nunes
11. Diego Rangel dos Anjos Prata
12. Edisleide Ramos Ferreira Pastor
13. Edy Gomes dos Santos
14. Elania Sirley de Oliveira Moraes Sant'Ana
15. Emanuela Valois Rios Carneiro
16. Eurico Pereira Gomes



17. Fernando Teixeira de Almeida
18. Francisco Nilton Alencar
19. Gilvanea Bastos Macedo
20. Hadson Namour Rocha de Mattos
21. Hayana Leal Barbosa
22. Hélvia Fagundes de Araújo Silva
23. Iraci Leite
24. Jacqueline Rodrigues Sousa Borges
25. Joana Angélica Simão Demarchi
26. Joelma Santa Bárbara da Silva
27. José dos Prazeres Alcântara Júnior
28. Juliana Freitas da Silva
29. Karla Patrícia Nascimento Andrade
30. Karoline da Silva Oliveira Pastor
31. Leonardo Souza Silveira
32. Lidianne Vitória Souza
33. Lívia Leite da Silva Macedo
34. Lívia Marques de Andrade Silva
35. Lorena Silva Oliveira Nunes
36. Manuela Dória das Mercês
37. Marcele Santana de Freitas
38. Márcio Costa de Souza
39. Maria Cristina Cardoso de Araújo
40. Maria de Fátima Rocha Ribeiro da Silva
41. Maria Olinda de Azevedo Martins
42. Michelle Oliveira da Silva
43. Midiã Santos Cândia Oliveira Fernandes
44. Monique Seixas Daltro Guedes
45. Naiara Almeida Moreira Farias
46. Neuberth Almeida Lima
47. Patricia Vasconcelos Matias da Silva
48. Quézia Oliveira Santana
49. Rafael Laranjeira Cerqueira
50. Rebeca Abbud Tavares
51. Rodrigo Souza Andrade
52. Sandro da Silva Nunes
53. Sara Suanny Leite Silva
54. Simone Almeida dos Santos
55. Taíse da Conceição Santos Oliveira
56. Tânia Margarida de Novaes Rocha
57. Thamara Miranda

#### OFICINA MACRORREGIONAL SUL

1. Adriana Galdino Batista Pereira
2. Alécio Borges Coelho
3. Aloísio Paulo da Silva Júnior
4. Ana Marta Azevedo Muniz do Rosário
5. Bruno Ruan Leal Abreu
6. Cathianne Sacramento Pinto
7. Chandra Lima Maciel
8. Clarissa Campos
9. Daise Pimentel Souza
10. Danilo Souza Amorim
11. Dirlaine Cristina Aguiar Souto Cruz
12. Domilene Borges Costa
13. Ericka Helena Costa Martins

14. Fabiana Santos Gomes
15. Hildileide Souza Araújo
16. Ignês Beatriz Oliveira Lopes
17. Janaína Kalline de Oliveira
18. Joana Angélica Oliveira Molesini
19. Joana Angélica Simão Demarchi
20. Juliete Sales Martins
21. Júlio Jorge Musse Calzado
22. Kênia Suellen Araújo Prata de Andrade
23. Laiana França Reis Silva
24. Mara Costa Conceição
25. Patrícia Vasconcelos Matias da Silva
26. Priscila Imbassahy Andrade Queiroz
27. Raysa Brandão Marques
28. Renata da Silva Bezerra
29. Ricardo Figueira Mendes dos Santos
30. Samili Pizzani Machado
31. Simone Soares dos Santos
32. Tanea Virginia Carneiro Cerqueira
33. Thais Santos Vieira Cardoso
34. Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo
35. Yana Argolo Cedro Rosa

#### OFICINA MACRORREGIONAL EXTREMO SUL

1. Adrielle Oliveira Andrade
2. Ana Mécia Ribeiro Amador
3. Carla Evelin Morgado Bacelar Novais
4. Christiane Neves Castellucci
5. Cristiane de Almeida Cerqueira Silva
6. Daniel Lucas Medeiros da Silva
7. Denise Rodrigues Diniz
8. Eduarda Motta Santos
9. Eduardo Alves Barbosa
10. Elane dos Santos Rodrigues Pinheiro
11. Igor de Castro Malacarne
12. Isabela Salgado Fernandes
13. Jair Joaquim dos Reis Santos Filho
14. Jânio Humberto Ribeiro Guimarães Junior
15. Jeyson Murayama
16. Juliana Nonato Costa
17. Kamayura Ribeiro Freire de Carvalho
18. Karine Lins Hora Carvalho
19. Karla Souza Lima
20. Katarine Oliveira Gonçalves
21. Katiane Santana Laurentino
22. Laudirene Oliveira dos Santos
23. Marcelo Tavares Pereira
24. Márcia Alves Quaresma
25. Marcilei Soave Casagrande Bertollo
26. Margareth Botelho Silva Bomfim
27. Maria Aparecida Ribeiro Santana
28. Maria José de Jesus Silva Costa
29. Mariana Oliveira Victória de Sousa
30. Marilene de Souza Santos
31. Marta Maria Prates Rocha
32. Natália Ferrini Laviola Pereira



33. Olga Cristina Lima Sampaio
34. Renata Assis Nunes Benevides
35. Rodrigo Aguiar Constantino Matos
36. Rosidalva Barreto da Silva Sousa
37. Rosilane de Oliveira Sales Porto
38. Rosimeire da Silva Bacelar
39. Sandra Campos de Souza Brito
40. Tatiana Silva Rocha Leite
41. Tatiane Ferreira dos Santos
42. Vivianne Oliveira Teixeira
43. Zélia Maria Neves dos Santos

#### OFICINA MACRORREGIONAL NORDESTE

1. Adeânio Almeida Lima
2. Aline Pereira dos Santos
3. Amanda Reis Pinto
4. Ana Flávia Rehem
5. Ana Paula Araújo Mota
6. Ane Caroline Ferreira Mendes Franco
7. Caique de Moura Costa
8. Carlos Emídio Pitanga Domini Júnior
9. Chirlen Santana Cerqueira
10. Cristiane Câmara Macêdo
11. Daniele Santos de Jesus Vieira
12. Denaquê Moraes
13. Edmasandra Simone Torres da Costa
14. Engrácia Lima
15. Eurides Barbosa Santos Ferreira
16. Fernanda Ayalla dos Santos Silva
17. Flávia Meira Guimarães Barbosa
18. Gilda Ferreira de Santana
19. Giovanna Santana Queiroz
20. Jacilda Pereira da Silva
21. João Vicente Nunes de Souza
22. Jobeline Helma Borges Ferreira
23. Joseane Conceição Santos
24. Karine Pereira Luz
25. Keila Fernanda Araujo de Jesus
26. Laiz Santos de Sant Ana
27. Lis Bandarra Monção
28. Lívia Roberta de Lima Mançur
29. Lúzia de Souza Torregrossa Barreto
30. Marcelo Rios Lopes
31. Marília Pereira Moreno
32. Marina Maria de Jesus Costa
33. Mayana Tavares Luz
34. Mirella Motta Silva
35. Moacir Lira de Oliveira
36. Patrícia Valeria Barros de Souza
37. Péricles Sales dos Santos
38. Priscila Bonfim Cerqueira do Rosário
39. Priscila Soares Macedo
40. Rafaela Meira Barreto
41. Roberto de Jesus Barbosa
42. Rogério Ribeiro Ramos

43. Samantha de Jesus Andrade
44. Suely Benevides Silva Miranda de Abreu
45. Tamara Silva de Souza
46. Thalia de Jesus dos Santos Gomes
47. Vaitsa Batista Santiago
48. Vanessa de Matos Araujo Gouveia

#### OFICINA MACRORREGIONAL OESTE

1. Adilza Souza dos Reis Mineiro
2. Araton Cardoso Costa
3. Bruno Klécio Andrade Teles
4. Caique de Moura Costa
5. Cássia Etienne Dantas
6. Catarina Pimenta
7. Daise Pimentel Souza
8. Denise Batalha Oliveira Lima
9. Erisvaldo dos Anjos Pereira
10. Everaldo França Galvão Júnior
11. Gisleiz de Souza Nogueira
12. Gilvan Vieira do Carmo
13. Jailma da Costa Sodré
14. Jeanne da Silva Chaves
15. Joseilda de Almeida Bahia
16. Josué Benedito Pereira Neto
17. Juliana Silva Vieira
18. Liliane Mascarenhas Silveira
19. Livia Maria Teles Matos Barbosa
20. Maria Aparecida Souza da Conceição
21. Maria Celina Lopes de Jesus
22. Marina Amadori Barbizan
23. Pedro Batista dos Santos
24. Phabiane Castro Costa
25. Polyana Ferreira Passos
26. Rafael Laranjeira Cerqueira
27. Rubenilda Pereira de Melo Miranda
28. Suely Magna Dias da Cruz Prado
29. Suzete Cristine Dias e Silva
30. Tânia Margarida de Novaes Rocha
31. Thamara Miranda
32. Thiara Bruna da Silva
33. Vera Lucia Santos de Jesus dos Santos

#### OFICINA MACRORREGIONAL CENTRO NORTE

1. Aline Azevedo da Silva
2. Ana Beatriz Barros Ferreira da Silva
3. Anderson de Jesus Brito
4. Anita Caldas da Costa
5. Bárbara Meneses Oliveira Barbosa
6. Caren Cerqueira Mina
7. Carlos Eduardo Moreira Soares
8. Christiane Neves Castellucci
9. Clarissa Pereira Souza
10. Dirlaine Cristina Aguiar Souto Cruz
11. Hadson Namour Rocha de Mattos



12. Hilleane Rodrigues Monteiro Oliveira
13. Jucilene Conceição Santos
14. Juliana Ribeiro Trabuço Frota
15. Lara Andresa D. Pereira Bonfim de Azevêdo
16. Laura Emmanuela Lima Costa
17. Lis Bandarra Monção
18. Lisandra Santana Oliveira Reis
19. Lissandra Carolina Albuquerque Reis
20. Luana Sampaio Rios Barreto
21. Luciana Oliveira Barbosa de Santana
22. Luesia Ramos Pereira Silva
23. Marcelino Eduão Damaceno
24. Mariana Matos
25. Minaura Gonçalves da Gama Machado
26. Odailson Santos Paz
27. Patrícia Vasconcelos Matias da Silva
28. Taynara da Silva Leal
29. Valquiria de Oliveira Carneiro

