

1
2
3 Aos vinte e um dias do mês de maio do ano de dois mil e doze, no Balcão Yemanjá, no Centro de Convenções da Bahia, com
4 as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da
5 CIB, Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro,
6 Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Tatiana Maria Paraíso, Ivonildo Dourado
7 Bastos, Cynthia Lopes Abreu Marques, Luiz Pinho Rezende e dos Suplentes: Alcina Marta de Souza Andrade, Stela dos
8 Santos Souza, José Raimundo Mota de Jesus, Fabiano Ribeiro dos Santos, Maricélia Oliveira Figueiredo Lima e Vaita
9 Santiago Cardoso. Às 14 horas, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão convidando o
10 Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, para compor a
11 mesa da Bipartite, ressaltando que a idéia de fazer esta CIB no Congresso do COSEMS foi para ter uma pauta mais enxuta
12 para não atrasar as aprovações que precisam ser encaminhadas, mesmo sabendo que a maior parte dos Secretários estaria
13 participando de outras atividades. Dando prosseguimento, colocou em discussão e aprovação as Atas da 199ª e 200ª
14 Reuniões Ordinárias da CIB que foram encaminhadas aos membros anteriormente e informando que as demais Atas serão
15 encaminhadas posteriormente para aprovação na próxima CIB. As Atas supracitadas foram aprovadas à unanimidade. Em
16 seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: **1.1** Até esta data **02**
17 municípios ainda não encaminharam o **Relatório de Gestão 2007** para a CIB e não apresentaram justificativas (Buerarema e
18 Itacaré); **1.2** Até esta data **08** municípios não encaminharam **Relatório de Gestão 2008** aprovado pelo CMS para as DIRES e
19 não apresentaram justificativas (Santa Luzia, Itabuna, Lajedão, Jucuruçu, Dário Meira, Caldeirão Grande, Guajeru e Feira da
20 Mata; **1.3 364** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2009 para as DIRES (87,29% dos municípios)**, e **53**
21 municípios não encaminharam (**12,71% dos municípios**); **1.4 247** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2010 para**
22 **as DIRES (59,23% dos municípios)**, e **170** municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (**40,77% dos**
23 **municípios**); **1.5 308** municípios encaminharam **Plano Municipal de Saúde 2010-2013 para as DIRES (73,86% dos**
24 **municípios)**, e **109** municípios não encaminharam (**26,14% dos municípios**); **1.6 123** municípios encaminharam
25 **Programação Anual de Saúde 2010 para as DIRES (29,50% dos municípios)**, e **294** municípios não encaminharam (**70,50%**
26 **dos municípios**); reforçando que o quantitativo ainda é grande de municípios que tem pendência do Relatório de Gestão
27 2010, Plano Municipal de Saúde e Programação Anual. **1.7** Auditoria da SESAB encaminha cópia do parecer conclusivo
28 constante nos processos 0300110550727 e 0300110578141, referente a auditorias realizadas nas Secretarias Municipais de
29 Saúde de Itabuna e no Hospital Gonçalves Martins no município de Nazaré das Farinhas, respectivamente, para conhecimento.
30 Neste ponto, Dr. Raul Molina solicitou que estes documentos da Auditoria fossem encaminhados com cópia para o COSEMS e
31 o Senhor Coordenador considerou pertinente referindo que pelo menos os relatórios finais, conclusivos sejam encaminhados
32 uma cópia ao COSEMS. Então esclareceu para entendimento da sistemática de que quando é feita uma auditoria há um
33 relatório preliminar que é entregue ao Gestor Municipal ou ao Diretor do Hospital que tem um prazo para responder, depois é
34 feito um outro relatório que é devolvido e ainda tem um prazo em aberto, o relatório final conclusivo é aquele onde o gestor já
35 se manifestou, contestou, explicou, muitas questões já foram acatadas, outras não, então, sugeriu um fluxo com a Auditoria da
36 SESAB de que o relatório conclusivo seja encaminhado também para a Diretoria do COSEMS. **1.8** Necessidade do
37 preenchimento adequado dos Indicadores do Pacto pela Vida por parte dos 417 municípios baianos. Neste ponto, Dra.
38 Conceição Benigno lembrou a todos que na última CIT foi sinalizado e já foi publicado na regra de transição do **COAP**, porque
39 apesar da revisão da 399 e da revogação da 699, o indicador Sispacto será reaberto no dia 07 de junho com prazo para
40 fechamento no dia 07 de julho, um mês para que todos fiquem atentos que o sistema deverá ser preenchido pelos
41 quatrocentos e dezessete municípios baianos e pelo estado também. Relatou que no último dia dezessete iria ter uma
42 conferência pelo Ministério da Saúde para dar mais clareza no instrumento normativo deste ano, sobre como fazer este
43 preenchimento, porque pela normalidade dos processos, este ano estaríamos repactuando metas e não só revisando, e
44 normalmente gastamos em torno de três a quatro meses nesse processo para rodar o estado inteiro, inclusive avaliando esses
45 indicadores de forma regionalizada, subsidiando planejamento, mas com o processo da transição as coisas ainda não estão
46 muito claras, mas uma coisa é certa, só são três indicadores novos, portanto não teremos grandes crises, os indicadores já
47 estão com suas metas de 2010 e 2011 disponibilizadas no site do DATASUS onde o próprio Ministério pode olhar e fazer suas
48 avaliações e todos devem ficar atentos e já se preparar; normalmente já estão fazendo seus RAG de 2011 na mudança de
49 gestão e devem estar preocupados em como está sua análise e situação de saúde e seu cumprimento desses pactos e dessas
50 metas, e reforçou que estejam preparados para alimentar a ferramenta da forma menos burocrática e mais na sua finalidade
51 que é analisar a nossa situação de saúde e corrigir os rumos do planejamento. Dando prosseguimento, o Senhor Coordenador
52 passou a palavra para o Dr. Odorico Monteiro que cumprimentou a todos colocando que o objetivo da mesa da tarde seria
53 discutir todos esses instrumentos, inclusive cogitando a possibilidade de apresentar depois a própria ferramenta do SARGSUS
54 que foi motivo de preocupação por parte de alguns Secretários na própria Tripartite sobre como ficaria essa transição dos
55 indicadores do Pacto em relação ao Contrato Organizativo de Ação Pública. Relatou que ficou acordado que não haverá
56 prejuízo do ponto de vista desse processo e informou que está sendo publicada uma Portaria do Ministro da Saúde que vai
57 revogar vinte e seis portarias. Ressaltou quanto a essa questão dos repasses, que estão pautados na Lei Complementar 141,
58 no que diz respeito à partilha e das repercussões dela, porque ela refere o artigo 35 da Lei Orgânica e algumas coisas
59 relacionadas à partilha, inclusive acaba com o per capita e passa a ter uma lógica de planejamento, o que de certa forma
60 fortalece o decreto na questão do planejamento com base em necessidade e na programação. Especificamente em relação a
61 isso, tranquilizou os municípios afirmando que não haverá prejuízo e propôs para depois uma agenda que pudesse ser
62 pactuada na CIB vindo pelo Ministério, mas não como uma proposta do mesmo, mas para ser desenhada de um processo em
63 relação ao Pacto, pois houve um esforço enorme de forma Tripartite primeiro para garantir que a Presidenta assinasse o
64 Decreto ainda no primeiro semestre do ano passado, depois houve um stress razoável entre o Ministério, CONASS e
65 CONASEMS, de pactuar todos os instrumentos de ajuste de implantação do decreto, então, referiu que entende que tem que
66 se andar com certa velocidade nesse próximo semestre para que os novos prefeitos possam ser orientados. Reiterou que
67 nenhum município terá prejuízo nesse sentido e colocou que o novo desenho do SARGSUS é uma ferramenta importante que

68 está sendo aberta agora e reforçou que tem que se fazer um esforço para não deixar que o TCU não fique pegando no pé dos
 69 municípios sem motivo de problema de auditoria, por ausência do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão do
 70 SARGSUS. Apresentou a página do SARGSUS considerando que está extremamente amigável e os municípios com problema
 71 podem entrar em contato com o DATASUS do Estado ou com a equipe em Brasília, porque é muito importante seguir este
 72 cronograma que está pactuado, pois, muitas vezes o município tem o Relatório de Gestão aprovado, tem o Plano Municipal,
 73 mas não foi colocado no SARGSUS. Parabenizou a CIB por estar fazendo este levantamento, pois isso é muito importante,
 74 pois, muitas vezes gera stress na Tripartite quando é colocada como ponto de informe a situação dos Relatórios nos estados e
 75 municípios, por isso fez questão de colocar aqui esta ferramenta, para ficar na memória de todos de que tem que alimentar
 76 esse sistema. O Senhor Coordenador lembrou que há uma Resolução CIB para quem não cumpriu com o Relatório de Gestão
 77 de 2010, que fica com os credenciamentos suspensos até regularizar a situação, que é uma forma de estar cobrando uma
 78 solução. Dando continuidade à pauta, passou para o item 2. Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum, sendo
 79 ratificadas em bloco:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
121/2012	21 e 22.04.2012	Aprova, ad referendum, o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do município de Morro do Chapéu, conforme recomendação da Portaria nº 2.820/2011 do GM/MS.
142/2012	28 e 29.04.2012	Aprova ad referendum a Proposta autorizada junto ao Fundo Nacional de Saúde sob o número 05816.630000.1111-36, referente a aquisição de equipamentos/material permanente para o Hospital Geral do Estado, visando a estruturação da Emergência, Centro de Material Esterilizado; Internação, UTI e Centro Cirúrgico, com o objetivo de ampliar o acesso por demanda reprimida.
143/2012	04.05.2012	Aprova ad referendum, a aquisição de equipamentos/material permanente para as unidades com Proposta aprovada junto ao Ministério da Saúde.
144/2012	04.05.2012	Aprova ad referendum, o Hospital Geral Roberto Santos como unidade do Estado da Bahia, que deverá compor a Rede Nacional de Emergência dos hospitais do SOS Emergência.
145/2012	05 e 06.05.2012	Aprova Ad referendum, a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
146/2012	05 e 06.05.2012	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde - Componente Reforma.
147/2012	08.05.2012	Aprova ad referendum a Proposta de Adequação de Ambiente e Aquisição de Equipamentos para a Unidade de Emergência do Hospital Geral Roberto Santos – HGRS como Hospital Estratégico do Programa SOS Emergência. Republicada por ter saído com incorreção.
148/2012	15.05.2012	Aprova, ad referendum, ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
149/2012	15.05.2012	Aprova, ad referendum, ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
150/2012	15.05.2012	Aprova ad referendum ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma.
151/2012	16.05.2012	Aprova, ad referendum, os critérios e fluxos para envio de proposta de projeto para aquisição de equipamentos e material permanente junto ao FNS, conforme Portaria MS nº 2.198/2009.
154/2012	19 e 20.05.2012	Aprova, ad referendum, o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA Porte II do município de Santo Antônio de Jesus, conforme recomendação da Portaria MS/GM nº 2648 de 07 de novembro de 2011.

80 Em seguida passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1.
 81 Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE:

82 1.1 Credenciamentos: **Aprovados**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (30h); 01 Nutricionista (40h); 01 Assistente Social (30h); 01 Farmacêutico (40h); 01 Terapeuta Ocupacional (30h) e 01 Fisioterapeuta (30h).	Itanhém
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (30h); (01) Educador Físico (40h); 01 Nutricionista (40h); 01 Psicólogo (40h); 02 Fisioterapeutas (20h).	Barreiras
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe:	Caldeirão Grande

	01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h) e 01 Assistente Social (40h).	
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Psicólogo (20h) e 01 Educador Físico (40h).	Presidente Dutra
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h); 01 Psicólogo (40h), 01 Educador Físico (40h).	Ibiassussê
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (20h); 01 Psicólogo (40h); 01 Nutricionista (40h).	Mirante
	01 NASF Tipo II, lotada na USF Cais/Mirim – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Médico Ginecologista (20h), 01 Médico Pediatra (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Terapeuta Ocupacional (20h), totalizando 140h semanais.	Madre de Deus
	01 NASF Tipo II, lotada na USF Manoel Cardoso – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (40h) e 02 Assistentes Sociais (20h cada), totalizando 120h semanais.	São Felipe
	01 NASF Tipo II, lotada na USF da Sede – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (30h).	Fátima
	Alteração da composição da Equipe de NASF I. Retirada de 01 Assistente Social e incluindo Educador Físico, ficando a seguinte composição: 01 Educador Físico; 01 Nutricionista; 03 Fisioterapeutas; 01 Psicólogo; 02 Farmacêuticos.	Campo Formoso
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Xique-Xique
	01 ESB Modalidade I ligada a 01 ESF Pedra Branca	Santa Teresinha
	01 ESB Modalidade I ligada a 01 ESF Alto Alegre	Várzea do Poço
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I	Xique-Xique
ACS – Agente Comunitário de Saúde	05 ACS, sendo 02 para o PSF Joaquim José de Souza, 01 para o PSF Joelita Oliveira de Miranda e 02 para o PSF Dalci Cavalcante de Souza.	Baianópolis
UOM - Unidade Móvel Odontológica	01 UOM	Muquém de São Francisco Itaguaçu da Bahia Correntina Gentio do Ouro Barra Mucugê Wanderley Contendas do Sincorá Morro do Chapéu Ibitiara Andaraí Casa Nova Malhada Ribeirão do Largo Jeremoabo Palmas de Monte Alto Campo Formoso Remanso Tremedal Mirangaba Xique-Xique Piatã

83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94

O Senhor Coordenador aproveitou e esclareceu que tem recebido muitas solicitações de UOM, um serviço importante que muitos Prefeitos e Secretários Municipais têm demandado e esclareceu que não passou por aprovação da Bipartite, nem da SESAB, pois, o Ministério da Saúde definiu critérios e estabeleceu os municípios que receberiam UOM; o papel do Estado foi ajudar no transporte, aqueles municípios que quiseram buscar diretamente na fábrica foram lá e buscaram, os municípios que pediram ajuda, a SESAB contratou uma empresa que fez o deslocamento da unidade do interior de São Paulo, de Tatuí até aqui em Salvador, como já vinham fazendo também com as unidades do SAMU. Reiterou que essa aprovação não passou pela Bipartite e nem pela SESAB e, portanto, as solicitações que chegarem referiu que o estado vai trazer posteriormente para ver como fazer um fluxo para encaminhar para o Ministério. Próximo ponto de pauta: **1.2** Detalhamento do Componente da Atenção Domiciliar, do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, para os municípios de Feira de Santana, Jequié, Vitória da Conquista e Lauro de Freitas, com vistas à habilitação dos serviços de Atenção Domiciliar dos hospitais da SESAB. Esclareceu tratar-se das equipes que já tinham no Clériston Andrade, Prazo Valadares, Hospital de Base de Conquista

95 e Menandro de Farias em Laura de Freitas. – **Aprovado.** Em seguida, apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria
 96 Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde –
 97 SUREGS/DICON/DIPRO: 1.1 Consensos do GT PPI. Dr. Raul Molina relatou que trouxe o GT da PPI para o Congresso para
 98 aproveitar a vinda dos Secretários uma vez que é muito difícil para os gestores ter que sair três dias para o Congresso e ainda
 99 ter outras atividades e como tem Secretários que estão passando a semana toda aqui e seria um problema, por isso solicitou
 100 que o GT PPI fosse feito nos dias do Congresso. Assim, propôs que o que ficasse pactuado no GT, que é composto de forma
 101 Bipartite, fosse aprovado ad referendum. Dra. Conceição Benigno reiterou a colocação de Dr. Raul Molina, lembrando que há
 102 um acordo com todos os Secretários de fazer sempre o GT um dia antes da CIB, mas com a arrumação do congresso ficou
 103 para dois dias depois, no dia 23 à tarde, então gostaria que as pactuações fossem aprovadas ad referendum, considerando
 104 que o processo da reunião vai se dar normalmente, as demandas estão dando entrada e esta solicitação é para não prejudicar
 105 os municípios que têm solicitações este mês. – **Aprovado.** Próximo ponto de pauta: 2. Superintendência de Vigilância e
 106 Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 2.1 Retificação da Resolução CIB Nº 117/2012, referente ao repasse de recurso para
 107 Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids da Bahia. A Sra. Alba Souza, Técnica da Coordenação Estadual de
 108 DST/Aids e esclareceu que vem solicitar a CIB a Retificação da Resolução do Plano Estadual para Casas de Apoio para
 109 Pessoas Vivendo com HIV/Aids 2012. Refere que o plano já foi colocado e veio fazer uma retificação. O valor total da Casa de
 110 Apoio apresentado anteriormente foi de R\$ 555.600,00, mas o valor que está na Portaria é de R\$ 555.000,00, ou seja, não
 111 poderia ter ultrapassado R\$ 600,00. Para reduzir o valor, atendendo à Portaria do Ministério, infelizmente foi necessário
 112 diminuir uma acomodação de uma Casa de Apoio e o valor vai ficar R\$ 551.400,00. Foi retirada uma vaga de criança da
 113 CAASAH, pois após uma avaliação geral observou que adulto é bem mais procurado na CAASAH, e o valor é maior que o
 114 valor de criança, então se fosse retirado uma vaga de adulto o impacto seria maior. Ressaltou que a Portaria coloca que caso
 115 haja saldo de recurso financeiro para custeio das Casas de Apoio, este poderá ser redirecionado para apoiar prestação de
 116 ações e serviços de saúde para organizações da Sociedade Civil que trabalhem com pessoas vivendo com HIV/Aids, ou seja,
 117 este valor vai ser repassado diretamente à Casas de Apoio para ser usado em prol destas pessoas vivendo com HIV/Aids.
 118 Abaixo o Anexo Único da Resolução CIB Nº 117/2012 e a proposta de alteração aprovada: Anexo Único da Resolução CIB Nº
 119 117/2012

MUNICÍPIO	NOME DA CASA DE APOIO	POPULAÇÃO	TIPO DA CASA	NÚMERO ACOMODAÇÕES	VALOR/MÊS	VALOR/ANO
SALVADOR	CAASAH	ADULTO	II	45	22.500,00	270.000,00
		CRIANÇA	I	20	7.000,00	84.000,00
VITÓRIA DA CONQUISTA	RENASCER	ADULTO	II	12	6.000,00	72.000,00
		CRIANÇA	I	8	2.800,00	33.600,00
ITABUNA	FUNDAÇÃO BALDOINO	ADULTO	II	10	5.000,00	60.000,00
BARREIRAS	CAAF	ADULTO	II	6	3.000,00	36.000,00
TOTAL				101	46.300,00	555.600,00

120 Proposta de Retificação: **Aprovada.**

MUNICÍPIO	NOME DA CASA DE APOIO	POPULAÇÃO	TIPO DA CASA	NÚMERO ACOMODAÇÕES	VALOR/MÊS	VALOR/ ANO
SALVADOR	CAASAH	ADULTO	II	45	22,500.00	270.000.00
		CRIANÇA	I	19	6,650.00	79.800.00
VITÓRIA DA CONQUISTA	RENASCER	ADULTO	II	12	6,000.00	72.000.00
		CRIANÇA	I	8	2,800.00	33.600.00
ITABUNA	FUNDAÇÃO BALDOINO	ADULTO	II	10	5,000.00	60.000.00
BARREIRAS	CAAF	ADULTO	II	6	3,000.00	36.000.00
TOTAL				100	45.950.00	551.400.00

121 Próximo ponto de pauta: 3. GASEC: 3.1 Plano de Expansão da Radioterapia no SUS: ampliação e criação em hospitais
 122 públicos e sem fins lucrativos. Dra. Suzana Ribeiro cumprimentou a todos, saudou o Secretário de Gestão Estratégica e
 123 Participativa do Ministério da Saúde, Dr. Odorico Andrade, parabenizou Dr. Raul Molina e o COSEMS pela organização de
 124 mais um evento, pois é um grande desafio fazer um movimento como este de articular e trazer os municípios aqui para a
 125 capital. Comentou que este ponto deveria ter ido para informe porque o Plano de Expansão da Radioterapia foi trabalhado pelo
 126 Ministério em cima de critérios de organização de rede, das macrorregiões onde tem maior desassistência, onde estão
 127 caracterizados os vazios assistenciais, na verdade ele não veio para que fosse pactuado aqui e depois remetesse ao
 128 Ministério, pois este já tinha feito um estudo, levantou um quantitativo de duzentos e vinte serviços que estão articulados a
 129 hospitais como UNACONS e CACONS, que têm a necessidade de implantação da radioterapia. Destacou que na verdade esse
 130 plano provém do movimento recente do Ministro em adquirir oitenta novos equipamentos de radioterapia distribuindo
 131 especialmente no norte e nordeste e alguns estados do sul e sudeste como Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná, onde ficaram
 132

133 caracterizados vazios assistenciais de acordo com os critérios levantados que eram basicamente: extensão territorial,
134 desassistência e constituição de redes de atenção. Nesse sentido foi que o Ministério disponibilizou dos oitenta equipamentos,
135 oitenta e dois que vão para serviços novos e trinta e oito para ampliação. Esclareceu que serviço novo não é aquele serviço
136 novo que vai ser aberto agora, são serviços novos que já têm habilitação, UNACONS com radioterapia, ou UNACONS que têm
137 quimioterapia e vão implantar radioterapia, mas que nesses casos especificamente, a maior parte desses municípios está com
138 serviços de radioterapia nas mãos da rede privada. Então, o Ministério está privilegiando a aquisição de equipamentos,
139 construção de banker, no caso de ampliação, ou construção de todo o serviço, no caso de serviço novo, fazendo uma licitação
140 cujo edital deve ser publicado em julho, em junho ele vai ser aberto para consulta pública, para aquisição de equipamento onde
141 a empresa que vai adquirir o equipamento será responsável pelo acompanhamento da obra que será outro edital para obra
142 separada de equipamento, porque a empresa que vende equipamento de radioterapia via de regra não tem expertise na
143 questão da construção civil e aí é uma forma de garantir que não só seja viabilizado a implantação dos serviços quanto de
144 agilidade porque como a empresa vai acompanhar e fiscalizar a obra, obviamente o projeto também será feito por ela porque
145 vem com determinada marca de equipamento, por que a depender da marca tem toda uma especificação. Então, reiterou que
146 são equipamentos que têm características específicas e que por conta disso a construção do banker tem que seguir
147 obviamente atendendo às especificações. Assim, a proposta do Ministério é que este cronograma funcionando e fluindo bem,
148 em julho sai o edital, em agosto acontece a concorrência e a idéia é que se programe já a contratação das empresas
149 envolvidas; nessa perspectiva, as obras iniciariam em janeiro de 2013 e a entrega seria em dezembro de 2014. Relatou que
150 dentro do ranking feito pelo Ministério da Saúde de duzentos e vinte hospitais trabalhando com os critérios que foram
151 levantados em relação a serviços novos, serviços existentes, condições, produção, necessidade de implantação de mais um
152 porque aí seria uma ampliação onde entrariam os trinta e oito e dentre os quarenta e dois foi feito um ranking a nível nacional e
153 a Bahia de zero a oitenta, estava em quadragésimo oitavo lugar, com o primeiro município que era Vitória da Conquista, que
154 tem um UNACON com radioterapia, mas sendo da rede privada e teve um relatório recente de auditoria do Ministério que
155 aponta a necessidade de um equipamento novo e que seja gestão pública. Na seqüência vinha Salvador que embora tenha
156 uma grande concentração, tem também um grande desafio que é a questão da rede pública, uma vez que não há nenhum
157 equipamento de radioterapia na rede pública, somente na rede privada, este é outro grande problema porque isso dificulta o
158 poder de regulação da gestão do SUS sobre os serviços. Ressaltou que Teixeira de Freitas é outro município que foi também
159 ranqueado, tem um UNACON municipal e que tem a demanda de um serviço de radioterapia, e por fim, Feira de Santana,
160 estes são os quatro municípios que foram ranqueados na Bahia, portanto, se estaria recebendo a princípio e já tem garantido
161 três, tem um movimento para conseguir o quarto e pelo escalonamento de prioridades, assim como Feira de Santana e
162 Juazeiro já entraram pelo expande, ou seja, já têm equipamento garantido para aquisição, Feira de Santana já tem a demanda
163 para um segundo equipamento, um segundo serviço. Relatou sobre o convite da Secretaria de Estado no dia 09 de maio para
164 uma reunião com um conjunto de estados do nordeste e em discussão, acabaram por definir, priorizar Vitória da Conquista, em
165 Salvador, seria o Roberto Santos e em Teixeira de Freitas, o Hospital Municipal e Feira de Santana. Observou que o SICONV
166 continua a receber propostas para cadastro de aquisição de equipamentos de radioterapia, ou seja, isso não acabou, é um
167 movimento de prioridade nesse momento, mas não significa dizer que todo outro movimento para aquisição e estruturação de
168 serviços tenha sido deixado, prorrogado ou postergado, esse movimento continua e, além disso, os trinta e oito de ampliação
169 na Bahia, não estão com nenhuma perspectiva de ampliação no momento porque estes quatro novos são todos os serviços de
170 radioterapia, novos no sistema público de saúde que vão passar para a gestão pública diretamente, sendo que a obra e a
171 aquisição, voltando a repetir, é de exclusiva responsabilidade do Ministério da Saúde. Coordenador falou que só para
172 complementar dentro da conformação do plano de regionalização, onde tem as divisões das macrorregiões, a idéia era que
173 cada macrorregião, tenha pelo menos um serviço de alta complexidade de oncologia. Disse ao Dr. Odorico que só tinha
174 Itabuna e Salvador e que agora tinha Teixeira de Freitas, com extremo sul, que no momento não tem radioterapia, mas com
175 esse plano do ministério da saúde, passaria a ter a radioterapia. Vitória da Conquista pegando o Sudoeste, que hoje usa
176 radioterapia contratada e que não tem uma vida útil muito longa pela frente, então, recebendo esse equipamento, resolve
177 também a demanda do Sudoeste, Itabuna já dá conta de toda a Sul e tem capacidade ociosa por incrível que pareça ainda
178 tem como absorver tranquilamente para toda a região sul. Feira de Santana está entrando até o final de junho que inaugura o
179 serviço de Radioterapia, que foi comprado o equipamento com recursos do EXPAND, só que Feira de Santana pela quantidade
180 de população e pela estimativa de casos, cabe mais um serviço, mais um equipamento de radioterapia, que entraria nesse
181 plano de expansão, garantindo toda a Centro Leste com esses dois equipamentos. A região norte já está no EXPAND
182 equipamentos, já vai começar se a Caixa Econômica deixar, até o final de ano e o estado vai viabilizar a construção e
183 equipamento para atender a Região Norte. Então, destacou que só iria ficar faltando basicamente a região Oeste, que estão
184 discutindo uma outra estratégia para vê se consegue viabilizar dentro do Hospital do Oeste, essa oferta e com isso garantir a
185 cobertura, porque a região na outra macro que é a Nordeste é assistida aqui em Salvador, inclusive com esse novo
186 equipamento reforça a região metropolitana Macro Leste, Nordeste. E a Centro Norte vai ser atendida em Juazeiro, com isso
187 se cobre toda a rede. A ABRAC de Itabuna já está sendo utilizada, vai colocar uma nova em Conquista, ABRAC de Feira vai
188 entrar em operação, então esse desenho dentro da conformação dos mapas e das redes que o ministério está trabalhando,
189 viabiliza uma boa oferta no estado. Dr. Raul Molina – COSEM

190 S Falou que há três semanas atrás estiveram em Jacobina, e dois prefeitos se manifestaram a respeito dessa colocação e que
191 um deles, Prefeito de Ubaí e estavam pegando os pacientes de Irecê e levando para Itabuna. Então, questionou Dra. Suzana
192 que quando se coloca na extremo sul e a região sul ainda tem espaço em Itabuna, a extremo sul iria para Teixeira de
193 Freitas, pergunto se não valeria a pena priorizar aquela outra região, uma região grande e que tem muito mais distância do que
194 isso. Dra. Suzana – respondeu dizendo que não se tratava de uma priorização do estado da Bahia, o estudo que o ministério
195 fez, através do INCA, foi feito um levantamento e foi apresentado quais seriam as prioridades do ponto de vista de serviço já
196 habilitado, falava de serviço novo, porque não tem a radioterapia, ou ela não tem UNACON com radioterapia, não tenha
197 radioterapia ainda que vai se estruturar ou ela está nas mãos de iniciativa privada, ou seja, não tem equipamentos públicos.
198 Reiterou que novo quer dizer isso, não quer dizer que está abrindo um serviço novo no município aonde não exista, tanto que o
199 primeiro critério, é que o município tenha o serviço habilitado no seu território. Então, colocou que levaram a proposta de

200 Barreiras, como o coordenador colocou região Oeste que não tem e Centro Norte com Irecê, o que ocorreu é que quando
201 levaram a proposta Dra. Inês, colocou com clareza, rerepresentou os critérios, colocou as dificuldades que seria e foi quando
202 ela colocou que isso não inviabiliza a proposta no SICONV e disse que para isso até para apresentar uma proposta no
203 SICONV, tem que se viabilizar o serviço nos dois territórios, nas duas regiões, é um planejamento que o secretário já está se
204 debruçando, já iniciando com a movimentação nessas regiões porque sabiam que não tinham prestador, especialmente em
205 Irecê não há prestador em radioterapia, era preciso fortalecer o hospital e se monte uma estrutura antes de quimioterapia,
206 cirurgia oncologia, não é um processo que é solto, não se vai trabalhar com ambulatório que essa lógica já acabou, o serviço
207 não é mais ambulatorial, ele tem que está incorporado a unidade de alta complexidade em oncologia ou centro de alta
208 complexidade em oncologia que são os UNACON e CACON. Então reforçou que não se trata de priorizar em cima do que não
209 existe, muito pelo contrário, o movimento agora é de viabilizar até porque, foi nesses últimos anos de gestão, nos últimos
210 quatro anos, que conseguiu de fato colocar em prática um desenho que fizeram em 2005, a rede estadual de oncologia e que
211 só tinham conseguido viabilizar nos quatro últimos anos, nesse movimento é que conseguiu dá uma resposta, tanto que o
212 Ministério sinalizou isso para os outros estados que a resposta da Bahia foi extremamente positiva nos últimos quatro anos de
213 reestruturação em Organização da sua rede de Oncologia. **O Sr. Coordenador esclareceu que o critério que foi trabalhado
214 pelo Ministério nesses primeiros seis meses, foi colocar equipamento de radioterapia aonde tem o UNACON já
215 habilitado, já funcionando sem radioterapia. Teixeira de Freitas já tem o UNACON funcionando, quimioterapia, cirurgia,
216 todos os procedimentos, só não tem radioterapia, então, o Ministério está alocando lá. Aqui em Salvador tem o
217 complexo CICAN/Roberto Santos, que faz também toda a parte de quimioterapia, cirurgia, só não tem radioterapia,
218 então, está sendo colocado lá. No caso de Feira de Santana eles estão propondo colocar um segundo equipamento,
219 porque o primeiro já vai começar a funcionar e é insuficiente para dar conta. Reiterou que levaram o pleito de
220 Barreiras para Oeste e de Irecê para a Centro Norte, mas não tinha sido acolhido porque o ministério nesse momento
221 não está programando radioterapia para locais que não têm nem o serviço do UNACON, sem radioterapia, e o que
222 estava querendo fazer era justamente essa outra estratégia que ele tinha falado e que não detalhou, era preparar, no
223 caso de Barreiras e Irecê, preparar as condições para implantar o serviço sem radioterapia e na seqüência entrar com
224 o pleito da radioterapia. Dr. Odorico – Ministério da Saúde – disse que estava fechado e que só queria fechar um
225 parêntese, esse exercício que estava sendo feito, demonstra acomodação que estava tendo no caminhar da
226 carruagem, falou que essa questão era muito instável para eles. Disse que quando se concebeu a lei 8080, estava posto
227 no artigo 46 a questão do planejamento ascendente, e a idéia era que tivesse dentro do sistema de saúde, que tem uma
228 grande base que são os 5.565 sistemas municipais de saúde, que pudesse ter um planejamento que a partir dos planos
229 municipais de saúde, dos planos regionais e estaduais se pudesse projetar essa questão dos vazios sanitários e assistenciais
230 e poder fazer programação, essa área de oncologia é uma área que não consegue programar com menos de quatro anos.
231 Destaca que alguns desses equipamentos de radioterapia tem pouquíssimas fábricas no mundo, mesmo tendo dinheiro, não
232 consegue comprar com menos de quatro anos. Com envelhecimento da população e aumento da cobertura que tiveram no
233 Programa Saúde da Família, com a capacidade de diagnóstico diferencial, cada vez mais se encurta e deve se encurtar o
234 tempo, do ponto de vista ético entre se suspeitar de um câncer, dá o diagnóstico e garantir que essa pessoa entre em uma
235 linha de cuidado e tratamento com menos de 30 dias. Reforçou que imagine uma pessoa ter uma suspeita de câncer na
236 cabeça e ficar esperando seis, sete meses para um tratamento, para uma suspeita de diagnóstico, ou fechar o seu projeto
237 terapêutico, reforçou ser desumano e referiu que só sabe o que é isso quem já passou ou passa por isso. Pontuou que essa é
238 uma questão de cidadania, cada vez mais as pessoas querem ter acesso e que esse desenho da oncologia é um grande
239 exemplo de que o modelo anterior que funcionava de PPI não dá conta e pontuou que não dá conta, porque no máximo ele diz
240 qual a capacidade instalada atual, e para onde as pessoas vão, mas ele não programa, não projeta, não estabelece meta, não
241 consegue fazer o planejamento, não estabelece os vazios e não organiza de forma Tripartite, a responsabilidade sanitária dos
242 entes para responder esses vazios. Assim, questiona qual a responsabilidade do Ministério desses vazios, da Secretaria do
243 Estado, dos Municípios, porque reforça que não é só comprar os equipamentos, tem que definir o fluxo que irá estabelecer,
244 para que o equipamento que foi comprado seja para o setor público ou privado e essa era uma área que normalmente o
245 incentivo privado chega muito mais rápido do que o público e pontua não ver problema ter serviço privado, mas que não se
246 pode é perder a capacidade de regulação. Esse processo de regulação é muito importante, porque esse exercício que o estado
247 está fazendo da oncologia com contrato organizativo de ação pública, deve ser feito em todas as áreas. Deu exemplos, falou
248 que adotaram duas drogas para o acidente vascular cerebral, essas duas drogas vão ter um impacto dentro do sistema até
249 2014, de quinhentos milhões de reais, destacou que o problema é que em algumas regiões desse país, tem completos vazios
250 de neurocirurgiões e neurologista clínico. Falou que levaram cinco anos para formar um neurocirurgião, destacou que a
251 Faculdade da Bahia é Bicentenária, e falou com Dr. Solla que se não estivesse falhado a memória que está sendo formada a
252 1ª turma de neurocirurgião agora, uma faculdade Bi centenária que está formando a primeira turma de neurocirurgião agora na
253 Bahia, a primeira turma de neurocirurgião que vai se formar no Ceará agora, porque ele quando foi Secretário de Saúde de
254 Fortaleza, falou que no pronto socorro da cidade onde tinha 26 neurocirurgiões e não tinha uma residência e que todo e
255 qualquer cearense para fazer neurocirurgia tinha que fazer fora do estado. Pontuou que tinha que ter uma residência de
256 neurocirurgia no estado e afirmou que foi no congresso de neurocirurgia discutir e que foi aí que começou a residência,
257 começou em 2007 e são cinco anos, e que então vai está formando a primeira turma no próximo ano, que não estava mais
258 sendo gestores de um sistema de saúde de doenças agudas, doenças de sete dias, eram gestores de doenças crônicas de
259 processos não transmissíveis de uma população que ia envelhecer em vinte anos, o que a Europa levou 100 anos para
260 envelhecer. O planejamento é muito importante nesse exercício que está sendo feito na oncologia e vai ter que ser feito em
261 várias outras áreas e o contrato organizativo de ação pública vai ser esse instrumento que vai dá essa liga e materializar esse
262 planejamento, com as responsabilidades dos entes. Finalizou colocando que queria deixa essa reflexão, que evidentemente
263 seria fluxo de um debate, mas que esse era um bom exemplo de que após a estrutura que tinha de planejamento e de
264 programação não dá conta e que o contrato ia dá conta disso. O coordenador fez uma pequena correção – disse que a
265 residência de neurocirurgia, começou depois deles e que só começou em 2009 e que não tinha nada a vê com a UFBA. Quem
266 criou foi a Secretaria de Saúde do Estado no Roberto Santos e HGE, e a outra foi aberta com o São Rafael, também bolsa da**

267 SESAB, disse que ainda vai faltar uns dois anos para formar o primeiro neurocirurgião. Dr. Odorico colocou ao coordenador
 268 que a Faculdade é bicentenária e a tradição de formar médico no país chegou mais ou menos em 1806, mostrando que esse é
 269 um investimento que leva tempo e se não fosse a sua iniciativa ainda hoje estava sem residência, e esse tencionamento que
 270 era fundamental. O Coordenador passou para o ponto definição de limites máximos para exames de tipagem de doadores de
 271 medula óssea para REDOME no Estado. Dr. Eraldo – Coordenador Estadual de Transplantes falou que a portaria saiu no dia
 272 02 de maio e ela teve como objetivo regulamentar o número de doação de medula óssea no país, que houve um investimento
 273 muito grande do Ministério da Saúde e que gastava mais com exame de HLA do que com os procedimentos de transplantes e
 274 essa portaria tem como objetivo regulamentar a distribuição das captações de medulas pelos laboratórios de HLA. Destacou
 275 que para se ter uma idéia de como funciona cada estado, foi estipulado um teto máximo para captação de doadores de
 276 medulas óssea. E que desde o começo o secretário e toda a secretaria solicitou do Ministério a correção, e que tem dois
 277 laboratórios que fazem tipagem para HLA e ficou apenas com cinco mil doadores para comparar com Minas e trinta mil e
 278 oitocentos, Rio Grande do Sul vinte mil e oitocentos e sessenta

281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299

Ministério da Saúde
 Gabinete do Ministro

**PORTARIA Nº 844, DE 2 DE MAIO
 DE 2012**

Estabelece a manutenção regulada
 do número de doadores no Registro
 Brasileiro de Doadores Voluntários
 de Medula Óssea (REDOME).

**Estabelece a manutenção regulada do
 número de doadores no REDOME.**

❖ Necessidade de regular o cadastramento de novos doadores voluntários de medula óssea no REDOME de forma a garantir a adequada representatividade da diversidade genética da população brasileira assegurando a utilização adequada dos recursos financeiros disponíveis

❖ Necessidade de garantir e viabilizar a manutenção regulada do número de doadores no REDOME de modo a assegurar a oportunidade de identificação de doadores histocompatíveis.

❖ **Definido número máximo de cadastro de DVMO, por ano, para cada Estado da Federação**

300
 301
 302
 303
 304 Santa Catarina dez mil, porque tem uma população bem inferior, Ceará com nove mil, e desde então o secretário tem entrado
 305 em contato com o Ministério com o objetivo de corrigir e a própria portaria, já deixa que após aprovado na CIB pode se recorrer
 306 para ampliar esse número e refere que já tem os mapeamentos das populações, tanto quilombolas, quanto indígenas, o que ia
 307 com certeza fornecer o material genético para transplante de medula muito mais propício do que muitas regiões dessas. Então
 308 pontuou que a proposta seria de chegar a dezoito mil doadores de medula óssea e com isso ter uma representatividade maior
 309 e que valia salientar que dos dois milhões setecentos cadastrados como doadores de medula óssea, só tem apenas 2% dois
 310 por cento dessa representatividade e que tinha uma etnia muito variada e que produz um material genético de qualidade e que
 311 a proposta seria essa.

Portaria GM nº 844, de 02/05/2012

Portaria GM nº 844, de 02/05/2012

UF	Número máximo de cadastro de DVMO/ano	UF	Número máximo de cadastro de DVMO/ano
PA	5.700	AC	70
PB	3.140	AL	2.510
PE	7.980	AM	2.290
PI	4.350	AP	1.560
PR	32.430	BA	5.020
RJ	14.040	CE	9.730
RN	4.840	DF	2.820
RO	6.090	ES	8.260
RR	370	GO	7.500
RS	21.860	MA	860
SC	10.140	MG	30.800
SE	680	MS	8.060
SP	72.110	MT	2.130
TO	1.850		

❖ Todas as campanhas serão autorizadas pelo SNT / INCA

❖ Cria nova habilitação para regular o cadastramento de DVMO (24.25 no SCNES)

❖ Todos os Laboratórios deverão fazer recadastramento para análise da concessão da nova habilitação

❖ Os procedimentos para cadastramento de DVMO somente serão ressarcidos após o efetivo envio dos resultados dos exames ao REDOME

❖ Os exames já realizados terão prazo de 30 dias a partir da publicação para encaminhar os resultados via REDOMENET

329
 330
 331
 332

333 Coordenador agradeceu e completou a informação dizendo que até 2007 não tinha basicamente a participação da Bahia no
334 REDOME, começou basicamente em 2007 com um trabalho que Dr. Eraldo vem fazendo junto com o HEMOBA, inclusive
335 refere que tiveram uma Campanha de Doação em que o próprio Governador Dr. Wagner se inscreveu como doador no
336 REDOME e que esse trabalho no estado é muito recente. Pontuou que o Ministério da Saúde pegou a distribuição por estado
337 no REDOME e pegou proporcionalmente a distribuição atual e programou o limite máximo em cada estado, ou seja, quem
338 vinha fazendo menos ficou com menos e quem já tinha participação grande no REDOME manteve, mas felizmente a própria
339 portaria já abria para revisar isso e o Estado vem discutindo, porque na verdade se deveria a partir de agora reduzir a
340 quantidade, porque o banco de doadores já é bem amplo no Brasil, mas reduzir proporcionalmente para contemplar mais a
341 adversidade no material genético como Dr. Eraldo lembrou, ou seja, aqueles seguimentos populacionais menos representados,
342 a população indígena, negra, os estados que menos participação tem, que mais diversidade racial tem, precisa ser
343 representados mais amplamente. Ou seja, precisam de um banco, onde os novos representantes do banco sejam
344 inversamente proporcional a atual composição, por isso o Estado está reivindicando a ampliação, além do que, tinham dois
345 serviços muito bem estruturados: o da UFBA e o do GACC, que é o Grupo de Apoio a Criança com Câncer, inclusive do
346 GACC dá suporte a outros exames de transplantes, inclusive com sobreaviso noturno, final de semana. **Disse que estava**
347 **aberto para discussão e concluiu fechando a proposta que foi aprovada por todos.** Dr. Raul Molina parabenizou toda a
348 equipe de transplantes. O Coordenador parabenizou também Dr. Eraldo e toda a sua equipe da coordenação do transplante
349 que tem feito um excelente trabalho. Dr. Odorico falou que Dr. Eraldo foi um grande colaborador quando ele foi Secretário da
350 Saúde a frente da Santa Casa de Sobral, o parabenizou e disse que iria dar esse retorno para os seus colegas de trabalho de
351 Sobral. O Coordenador passou para o que ocorrer, e pontuou que havia algumas pautas, sendo o ponto 1 – Aprovar elenco de
352 municípios a serem regulados pela Central de Regulação de Urgência da Macrorregião Centro Norte, localizada no município
353 de Irecê. Pontuou que todos estavam sabendo do problema de Jacobina, disse que era onde seria a Central de Regulação do
354 SAMU, para toda a Macrorregião Centro Norte. Jacobina teria uma UPA, um laboratório regional e uma série de serviços, mas
355 infelizmente a administração municipal tem se negado a assumir a implantação desses serviços e obviamente que não podia
356 continuar prejudicando toda a região e todos os municípios e estava buscando construir alternativas. No caso do SAMU, houve
357 reunião dos Secretários Municipais e foi definida proposta em transferir a Central para Irecê. Informou que reuniu recentemente
358 com o Ministério da Saúde e que tem uma ação judicial que foi dado entrada por parte do Ministério Público, exigindo que a
359 Prefeitura de Jacobina monte a Central e o Ministério da Saúde alega que não pode fazer isso, incluindo Jacobina. Então qual
360 era a proposta que conseguiram acordar para resolver o problema: tirar o município de Jacobina do projeto de urgência da
361 Centro Norte, como se o município de Jacobina fosse ter uma central exclusiva para ele, como se fosse ter uma SAMU como a
362 prefeita deseja. O SAMU de Jacobina. Então a proposta é excluir Jacobina do projeto e aprovaria o projeto com a Central em
363 Irecê, para todos os demais municípios da Centro Norte, menos Jacobina. Assim questionou a todos se estava claro. Dra.
364 Stella – COSEMS – Complementou dizendo que a Central de Jacobina não existia e que dezenove municípios da microrregião
365 de Jacobina e de Irecê já vinham com essa solicitação a um tempo, inclusive para a CIB e que ficou impossibilitada de resolver,
366 porque tinha essa questão de Jacobina está sob judici, houve uma reunião do grupo condutor de urgência e emergência essa
367 semana com a presença do coordenador, a representante do Ministério da Saúde e que tinha sido encontrada essa
368 alternativa. Ou seja, a Central de Regulação de Irecê já foi aprovada em CIB anterior, mas o ministério não acatou porque
369 Jacobina está sob judici. Assim informou qual a decisão que o grupo condutor tomou. Ficam os trinta e sete municípios
370 vinculados a Central de Regulação de Irecê. Deixou claro também que não sabia se ia poder habilitar SAMU Municipal porque
371 a portaria não permite. E um outro esclarecimento que deveria ser dado é que os municípios que são dessa região e que não
372 estão conseguindo habilitar e colocar essas ambulâncias para atuar, está sendo solicitada a devolução dessas ambulâncias e
373 que encontraram essa solução. Todas as ambulâncias vão poder ser habilitadas se for aprovadas na CIB, a situação está
374 resolvida. O Coordenador deixou claro que o Ministério não vai habilitar o SAMU de Jacobina, a exclusão não significa que vai
375 habilitar, é que pelo contrário ele vai ficar fora de qualquer projeto do SAMU, ele vai está excluído do projeto e o Ministério
376 inclusive está fazendo já a análise da assessoria jurídica do que vai fazer em relação as ambulâncias, a tendência que está
377 tendo é pedir a devolução judicial dos equipamentos. Além disso, aproveitou para falar que no caso do laboratório regional ele
378 disse que sugeriu a Maricélia que ela tem o pleito de levar para Morro do Chapéu, sugeriu que ela apresente no CGMR e em
379 tendo a aprovação do CGMR, desloca o laboratório, então isso seria uma definição deles na região. Dra. Suzana falou que só
380 queria fazer uma observação em relação a questão de Jacobina, reforçar para não ser esquecido que existe uma decisão de
381 colegiado gestor, e que antes do grupo condutor, já havia uma decisão do Colegiado de Irecê e de Jacobina com a assinatura
382 de todos os secretários, que foram reforçados recentemente, onde eles concordavam em passar para a Central de Irecê.
383 Reforçou que era só para deixar claro, que não seria justo que prejudicasse esse conjunto de municípios que estava com
384 viaturas a ponto de serem recolhidas por uma inviabilidade que não dependia de nenhum deles, nesse momento, nem
385 posteriormente e que precisavam assumir a responsabilidade de organizar e viabilizar esse processo. Referiu que conversaram
386 com Dra. Alzira na última reunião do grupo condutor da urgência e emergência e ela pediu que fechassem, já que iam pactuar
387 com o grupo condutor, que saísse a Resolução CIB, para que isso ficasse formatado e que se pudesse dá curso ao ministério,
388 lembrando que hoje a boa notícia é que saíram algumas habilitações da Urgência Emergência e não sabia se já tinha dado
389 essa informação. Pontuou que saiu a habilitação da Central de Guanambi, de Jequié e mais três municípios da microrregião de
390 Jequié que é Lafaiete Coutinho, Dário Meira, Planaltino e Mansidão da região de Barreiras. Destacou que, às vezes, demora
391 um pouco, mas não devem desanimar, pois, o ministério fazendo a análise técnica fecha rapidinho e sai a habilitação. Então,
392 reforçou que cabia correr atrás, pois tinha ainda um conjunto grande de viaturas que estava sem habilitação, precisava fazer
393 um trabalho, um esforço conjunto, para garantir que as habilitações saíssem mais rápidas, até porque estava com o movimento
394 de Alagoinhas e que tiveram uma reunião na última semana e que parecia que Alagoinhas estaria avançando agora, que na
395 verdade era um pacote, na verdade não é só a Central de Alagoinhas, mas um conjunto de municípios que estão regional e
396 que estão vinculados a Central de Alagoinhas. Coordenador falou que agora era Irecê agilizar o processo. Ponto 2 do o que
397 ocorrer, pontuou que se devia aprovar a habilitação das unidades de referência hospitalar em atendimento terciário, secundário
398 e gestação de alto risco. Disse que na verdade já tinha sido aprovado dentro da rede cegonha, só que o ministério solicitou
399 uma resolução da bipartite. Então, as unidades de referência do atendimento terciária da Gestante de Alto Risco são o Hospital

400 Regional Mário Dourado Sobrinho em Irecê, Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana e o Hospital Municipal Esaú
401 Matos em Vitória da Conquista. Referência em atendimento Secundário em Gestação de Alto Risco o Hospital Geral João
402 Batista Caribé em Salvador e o Nossa Senhora do Bom Sucesso que é a Santa Casa de Cruz das Almas, o Hospital
403 Maternidade Luiz Argolo que é a Santa Casa de Santo Antônio de Jesus, a Maternidade Municipal de Juazeiro, o Hospital São
404 Francisco de Campo Formoso, Hospital São José Maternidade de Santa Helena de Ilhéus, Hospital Heitor Guedes de Melo que
405 é a Santa Casa de Valença e o Hospital Julieta Viana de Xique - Xique. **Aprovado.** O Coordenador Adjunto ressaltou que na
406 verdade está reafirmando o que foi para o Grupo Condutor e que está no Plano da Rede Cegonha, exatamente é a tradução da
407 Resolução apenas para podermos cumprir também isso. O Senhor Coordenador informou que está aprovado à solicitação o do
408 município de Sapeaçu, o ressarcimento do Fundo Municipal de Saúde de Sapeaçu para o Fundo Estadual de Saúde referente
409 ao Bloco MAC, no valor de R\$ 72.399,72, em dez parcelas de igual valor. O Senhor Coordenador solicitou que, Dr. Raul Molina
410 esclarecesse está questão. Dr. Raul Molina esclareceu que o município de Sapeaçu aderiu ao Comando Único no momento de
411 transição o Estado pagou ao prestador e pagou ao município, então foi o pagamento que se fez em duplicidade e depois o
412 Secretário nos chamou e falou para facilitar o pagamento, mas esta chegando perto do fim do mandato e decidiram que não
413 querem passar isso lá para frente, e o próprio município que provocou para que possam fazer o pagamento, mas para sair do
414 teto ele tem que ter Resolução CIB por isso está apresentando nesta CIB. O Senhor Coordenador. **Aprovado.** Deu
415 continuidade a leitura da pauta. 4. Publicação de Resolução que aprova a Ratificação da condição de municípios do Estado da
416 Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de UBS – Componente
417 Reforma (Presidente Dutra, Ipupiara, Elísio Medrado, Brejolândia, Medeiros Neto, Alcobaça e Livramento de Nossa Senhora); à
418 segunda parcela da Construção de UBS para ESF (Souto Soares e Lamarão); e à terceira parcela de Construção de UBS para
419 ESF (Porto Seguro). **Aprovado.** 5. Republicação da Resolução CIB 151/2012 ad referendum que Aprova, ad referendum, os
420 critérios e fluxos para envio de proposta de projeto para aquisição de equipamentos e material permanente junto ao FNS,
421 conforme Portaria MS nº 2.198/2009. Convidou Dr. Ricardo Heinzemann, Diretor da Atenção Básica, para apresentar a
422 proposta. Ricardo pontuou que já fez um acordo prévio com COSEMS e aí todos os municípios contemplados com a questão
423 de equipamentos dentro do bloco da atenção básica estarão encaminhando uma Resolução única para todos os municípios
424 ficarem despreocupados que na mesma Resolução vai constar toda listagem dos municípios e será postado no site da SESAB
425 e copia no site do COSEMS, então hoje irão encaminhar para publicação a Resolução CIB com a listagem. Chamou atenção
426 se algum município perceber por alguma razão que ficou de fora é só encaminhar para DAB que iremos publicar uma errata. O
427 Senhor Coordenador colocou em apreciação sendo **Aprovado.** Informou que tem mais uma Resolução de proposta de
428 equipamento e material permanente a serem apresentado pela Secretaria de Saúde do Estado, destacou que a CIB recebeu
429 algumas emendas parlamentares para equipamento da atenção básica que o parlamentar colocou como modalidade de
430 execução o Estado e aí apontou os municípios, ou seja, neste caso o município está definido na emenda parlamentar, mas o
431 município não pode fazer aquisição porque a modalidade de execução é Estadual, então quem vai ter que comprar os
432 equipamentos para cada ao município é o Estado, então tem essa proposta de Resolução que autoriza os municípios em
433 apresentar a proposta e projeto para aquisição e equipamentos para atenção básica junto **ao Fundo Nacional de Saúde** e
434 autorizar a Secretaria de Saúde do Estado apresentar proposta de projeto para aquisição de equipamentos e material
435 permanente referente à atenção especializada. Passou a palavra para Dra. Stela Souza. Colocou que entendeu que é o Estado
436 quem vai fazer porque os municípios que deveriam trazer apenas da Resolução para equipamento da atenção especializada
437 tem que passar pela DAE para fazer a avaliação, mas também é necessário porque tanto está aberto para material permanente
438 quanto para material para atenção especializada que é equipamento para que todos os municípios possam colocar; questionou
439 e questionou se ficaria vindo um a um. O Senhor Coordenador esclareceu que em uma Resolução se tentou dá conta de
440 autorizar aos municípios e Estado a Atenção Básica e Atenção Especializadas, e tem algumas particularidades no Artigo 3º
441 Definir que para aquisição de equipamentos e material permanente para as unidades de atenção de especializada ambulatorial
442 e hospitalar, os municípios deverão apresentar os projetos nos respectivos Colegiados de Gestão Microrregional, se houver
443 reunião e na CIB. §1º Os projetos encaminhados, quando necessário, serão analisados pelas áreas técnicas da SESAB com a
444 finalidade de elaboração de parecer. §2º Os projetos com parecer favorável terão sua aprovação formalizada mediante
445 Resolução CIB. §3º Os municípios deverão utilizar a Resolução da CIB para cadastrar seus projetos junto ao Sistema do Fundo
446 Nacional de Saúde. Sugeri que no Artigo 1º autorizar a todos os municípios a apresentarem projetos na Atenção Básica e
447 Atenção Especializada; Artigo 2º Autorizar a SESAB a apresentarem projetos na Atenção Básica e Atenção Especializada
448 porque a princípio a SESAB só deveria apresentar projeto da atenção especializada, no entanto com já foi esclarecido tem
449 Emenda Parlamentar que o Deputado colocou para determinado municípios, mas a execução vai ter que ser pelo Estado em
450 função disto autorizaria o Estado a apresentar tanto para Atenção Básica como para Atenção Especializada da mesma forma,
451 e a partir do artigo 3º esclarece que os municípios vão apresentar no CGMR os projetos, e quando necessário os projetos vão
452 passar por análise da área técnica e será apresentado na Bipartite. Aprovado. Ressaltou que a pauta do que ocorrer está
453 vencida. Verificou com Dr. Raul Molina se tem mais alguma demanda a ser discutida. Dr. Ivonildo Bastos colocou como
454 questão de esclarecimento com relação à questão das Emendas Parlamentares onde relaciona os municípios que serão
455 contemplados com aquisição de equipamentos tanto na área especializada como na questão da Atenção Básica, de que forma
456 posteriormente adquirido esses equipamentos, o Estado fará o repasse dos mesmos para os municípios considerando que
457 alguns municípios ou a maioria dos municípios não apresentam a documentação que exigida pela PGE para o recebimento
458 destes equipamentos. Perguntou se há algum processo que facilite o recebimento por parte dos municípios destes
459 equipamentos adquiridos, sem que haja a necessidade de cumprir o check list total que a PGE tem exigido da SESAB para
460 repassar equipamentos e outros bens para os municípios. O Senhor Coordenador pontuou que há um notícia boa que já vêm
461 discutindo há bastante tempo com a procuradoria do Estado e finalmente já estão achando uma alternativa para superar esse
462 nível de padrão de exigência, e estarão encaminhando. Passou a palavra para Dr. Ricardo Heinzemann que reforçou que hoje
463 é o ultimo dia estabelecido pela Equipe do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde para que os municípios
464 solicitem avaliação externa do PEMA – Programa de Melhoria do Acesso da qualidade na Atenção Básica foi feito um
465 cruzamento de dados e ainda faltam 85 municípios para solicitarem adesão e o prazo encerra a meia noite de hoje. Pontuou
466 que a equipe de apoiadores da DAB junto com COSEMS e equipe da Fundação Estatal estão entrando em contato inclusive

467 com os municípios presentes e por telefone com todos os municípios, mas ressaltou a importância de circular essa informação
468 o máximo possível de que o prazo encerra hoje para os municípios acessarem o sistema e solicitarem a avaliação externa e
469 para, além disto, deu outro informe importante é que a instituição que fará a avaliação externa da atenção básica na Bahia é o
470 Instituto de Saúde Coletiva que foi feito um acordo com e parceria com o COSEMS, SESAB, Fundação e o Instituto estará três
471 dias com estande aqui no Congresso sobre a coordenação da Professora Ana Angélica orientar os municípios como vai se
472 fazer à logística e enquanto Estado está garantindo uma grande contrapartida para esse processo que é a garantia da
473 contrapartida do deslocamento desses entrevistadores, então o Estado que vai arcar com deslocamento dos entrevistadores,
474 mas tem toda questão da logística intramunicípio que é importante todos os municípios darem uma passada no estande do
475 Instituto de Saúde Coletiva para tirar algumas dúvidas e o Instituto também informar melhor como será operacionalizado está
476 questão da avaliação externa em cada município. Lembrou que o município de Salvador terá uma agenda específica que vai
477 ser o primeiro município Salvador, logo após o São João, então reforça que será preciso fazer uma agenda com o município de
478 Salvador. Dr. Raul Molina agradeceu a presença do Coordenador da Tripartite presente, pois, reforçou que não é todo dia que
479 se tem esse prazer, e não poderia ser num momento mais propício e aproveitando a oportunidade que estão os três entes
480 reunidos e se estão começando a discutir o COAP na Bahia, sugeriu fazer uma agenda junto com Dr. Odorico e poderiam
481 programar e disparar esse processo sabendo que tem um processo político de articulação muito grande que tem que ser feito e
482 neste momento seria importante aproveitar a presença do secretário para que se possa pactuar na CIB esse cronograma. Dra.
483 Suzana Ribeiro referenciou o Secretário que já estava com a proposta da agenda e aproveitando para reforçar junto a SESAB
484 e COSEMS juntos para andar com esse processo até dezembro, mas já veio com tudo pronto para poder sair com a agenda
485 pronta o que referiu achar positivo e afirmou que vão construir isso conjuntamente com certeza. Dr. Odorico pontuou que é
486 daquele sanitarista antigo que ficava o tempo todo com as equipes dizendo que não podiam ter oportunidade perdida.
487 Ressaltou que sempre busca aproveitar as oportunidades, se a mãe leva a criança para vacinar, procura saber se ela já fez a
488 prevenção do câncer de colo, ou seja, toda vez que tem uma oportunidade no Sistema Único de Saúde tem que abordar,
489 então, referiu que não pode vir aqui e ter oportunidade perdida. Pontuou que está querendo propor conforme discussão política
490 que tiveram pela manhã do lado dos Prefeitos, Secretaria do Estado, Municípios, a posição do CONASEMS em defesa da
491 organização do Contrato Organizativo de Ação Pública. Registrou a satisfação em está neste momento na Bahia,
492 particularmente este ano historicamente essa Bipartite, então agradece e aproveitando pontuou que quer propor uma agenda e
493 destacou que na realidade estão fazendo isso em todos os COSEMS, em todos os Congressos, e pontuou em conversa com o
494 Ministro, colocou que tem ficado muito tempo em Brasília, mas não podem deixar de visitar os Estados; salientou que na
495 condição e responsabilidade de Secretário que é, responsável pelas relações interfederativas, é necessário está em todos os
496 Congressos. Ressaltou que esses congressos que estão acontecendo antes do Congresso do CONASEMS são os Congressos
497 onde tem proposto construir as agendas Estaduais. Então, segunda-feira referiu que estará em Porto Alegre, na abertura do
498 Congresso de Rio Grande do Sul. Colocou que este é um Congresso importante que estão trazendo a Bipartite para dentro
499 dele. Propôs uma agenda que está sendo feita em vários Estados com desenho distintos, mas acha que aqui na Bahia se
500 poderia pensar em uma agenda dos próximos seis meses em que antecipasse o debate da questão da implantação do
501 Contrato Organizativo de Ação Pública para quando os novos Prefeitos chegassem em janeiro fossem acolhidos já com um
502 acúmulo e referiu que não se pode achar que por que vai ter eleição este semestre está perdido porque tem a política e o
503 técnico o tempo trabalhando e eticamente considera um equívoco perder esse período que considera importante porque tem
504 muitas coisas dentro do SUS, e refere que quando terminou a sua dissertação do mestrado no ano de 1997, tirou uma
505 conclusão: o SUS anda apesar dos Ministros, porque em alguns momentos da história e que não é muito distante, o Ministério
506 teve uma média de um Ministro por ano, e isso é uma realidade muito comum nos municípios. Refere que hoje tiveram dois
507 depoimentos, o Prefeito de Camaçari já teve seis Secretários em oito anos e o Prefeito de Salvador já teve seis Secretários em
508 oito anos. E o Prefeito de Salvador fez agradecimento a todos ex-secretários, pois, cada secretário embora o pouco tempo que
509 passou foi importante na construção do sistema e é importante porque não se está trabalhando mais com o sistema de
510 Governo está se trabalhando com projeto de Estado e isso é uma diferença importante do Decreto da Presidenta Dilma com
511 relação às Portarias e mesmo com as Portarias e mesmo com as portarias não se teve instabilidade ao ponto de evitar que a
512 descentralização ocorresse. Neste sentido propôs que se trabalhe com a idéia de cinco momentos que não necessariamente
513 são momentos sucessivos são momentos que podem ser simultâneos e assíncronos, com velocidades distintas, mas eles têm
514 um ritual importantes que será importante fazer de certa forma até chegar no contrato. Ressaltou que o primeiro momento que
515 já poderia está marcando logo em seguida e é importante referendar esses momentos na Bipartite, é uma agenda que vai ter
516 que fazer com os Secretários de Estado da Saúde da Bahia, com os técnicos do COSEMS e com o Secretário da Diretoria, ou
517 seja, do conjunto das 28 regiões com os representantes de cada região da Bahia, com os técnicos do Ministério da Saúde para
518 poder fazer um alinhamento técnico em relação aos instrumentos do contrato tirar dúvidas, expor, o dia inteiro de reunião; no
519 segundo momento é político, mas destaca que não está fazendo distinção do técnico do político embora seja discípulo do
520 Mário Testa que trabalha a Saúde sob o enfoque dos três poderes: técnico, administrativo, político, mas tem que ter um
521 alinhamento político que envolve Secretário de Estado, Governador, Prefeitos e envolve o Ministério da Saúde é importante
522 embora o Estado não vá assinar o contrato esse ano aqui, e alguns Estados vão assinar neste semestre ainda, e algumas
523 regiões de alguns Estados vão assinar, mas trabalhando com a hipótese que o Estado vai assinar no início do próximo
524 semestre, mas que o Governador já saiba que este processo está ocorrendo para que o Governador quando for discutir com os
525 novos Prefeitos no final do ano ele já saiba que está ocorrendo o contrato e esse contrato esteja na agenda do Governador
526 com os Prefeitos porque ele vai assinar com os Prefeitos. Pontuou que é importante que a Federação dos Municípios mesmo
527 tendo o atual presidente não sendo o Prefeito do próximo ano, mas ele entenda que esse é um compromisso que a Federação
528 dos Municípios da Bahia está assumindo, o setor da Saúde de que os Prefeitos vão está assinando esse contrato que vai está
529 sendo feito nas Regiões, então por isso que é importante o alinhamento político com os Prefeitos; o terceiro momento é
530 Jurídico e referiu que não se está mais falando de uma PPI que estabelece no espaço dos técnicos e dos Secretários de uma
531 Secretaria dos Municípios, são contratos que vão ser assinados por Prefeitos, no caso da Bahia são 28 contratos, não é um
532 município que assina contrato com o Estado, são vinte e oito regiões, com um conjunto de Prefeitos de cada região, ou seja,
533 são 417 Prefeitos que vão compor os vinte e oito Contratos Organizativos de Ação Pública na Bahia, então essas vinte e seis

534 regiões, os Prefeitos e Governador vão está assinando, mesmo que seja Dr. Solla que assine vai está assinando pelo
 535 Governador e significa que a PGE do Estado vai dá parecer. Pontuou ser muito importante que tenha um momento com a PGE
 536 do Estado, com as PGM dos Municípios e Assessoria dos Municípios com alguns escritórios de Advocacia que presta
 537 assessoria para as Prefeituras, com a Assessoria do COSEMS para que possa tirar dúvidas; salientou que é uma linguagem
 538 muito de Advogado porque neste momento a Consultora do Ministério Lenir Santos deve vir aqui tirar dúvidas. Um quarto
 539 momento é o exercício do mapa é o que chama de brincando do Jardim II, que é colocar figurinha e mapas pegando o mapa, o
 540 CNES de cada região, todos os profissionais de cada região, discutindo distância, uma gestante para fazer pré-natal dentro da
 541 rede cegonha, qual é a que se desloca, vendo a capacidade instalada porque esse mapa sanitário de saúde que vai ser
 542 gerado, na Região de Saúde vai gerar um segundo mapa que é o mapa de metas porque em torno dos vazios, se colocarão
 543 metas. Ressaltou qual um dos problemas da PPI é que um determinado município quando faz às contas na ponta do lápis ele
 544 só tem direito a 15 tomografias, só que a população dele faz 20 tomografias e o Prefeito tem que desemoçar mais cinco
 545 tomografias por fora, e isso na escala alguns é 50 e outros são 100. Colocou que isso mostra que esse recurso que o município
 546 recebe e que está se pactuando é insuficiente para resolver o problema da necessidade da população. Salientou que essa
 547 deficiência hoje, o vazio assistencial hoje não aparece em lugar nenhum, fica na informalidade. Citou que esse vazio vai ter
 548 que vir para o mapa e vem para o mapa com mapa de metas, então vai se gerar outro mapa. Pontuou que a idéia é
 549 disponibilizar para todos os Secretários a senha de acesso ao mapa nas vinte e oito regiões, e as Secretarias Estaduais já tem
 550 esse seria o quarto momento. O quinto momento pontuou que acha que não necessariamente precisa ser feito ainda este ano,
 551 podendo ser feito no próximo ano, que é a minuta do contrato, e esse quinto momento com certeza no caso da Bahia vai ser
 552 feito depois de janeiro, mas é muito importante que até a minuta do mapa, ou seja, o esboço do mapa tenha até dezembro
 553 porque para receber os próximos Secretários com o mapa feito e o Secretário pode modificar, concordar ou discordar, mas é
 554 um ajuste que vai ser feito com a minuta do contrato, que deverá ser feito no primeiro semestre do ano 2013, então isso era
 555 mais ou menos o que estava querendo propor para Bipartite da Bahia, que se fechasse mais ou menos este roteiro e que
 556 pudesse fazer um cronograma talvez na Bipartite de junho. Outra coisa que acha que irá ser feito mais tarde um pouco é a
 557 Implantação do Cartão Nacional de Saúde, e gostaria que a Bipartite fizesse um esforço com o Estado para fazer um
 558 diagnóstico da Bahia sobre a questão da conectividade porque jamais vai se ter cartão se não tiver internet nas Unidades de
 559 Saúde. Significa que vai ter que ter internet banda larga nos municípios, nas unidades e nos consultórios. Então qual o
 560 tamanho da conta para garantir a conectividade, garantir a aquisição de equipamentos e a manutenção dessa conectividade.
 561 Isso com certeza parte do estado já deve está tendo algum movimento de algum espaço de conectividade banda larga ou de
 562 fibra nos municípios. O Ministério da Saúde está discutindo com o Ministério das Comunicações o Plano Nacional de Banda
 563 Larga e seria importante até agosto ou setembro ter um plano mínimo da Bahia para que se possa programar para o
 564 orçamento do próximo ano. E refere que é possível no próximo ano, no futuro, se tenha uma espécie de um incentivo do PAB
 565 para as unidades que tenham conectividade e a reposição tecnológica gerada pelo Cartão Nacional de Saúde. Pois, jamais
 566 está se pensando que os municípios pequenos, médios e grandes também não vão implantar isso sozinhos, o Ministério da
 567 Saúde quer entrar, mas está querendo saber o tamanho da conta. E só vai se saber o tamanho da conta se for ascendente, ou
 568 seja, quanto é a conta da Bahia para garantir a conectividade em 100% das unidades básicas de saúde dos municípios, a
 569 implantação e a manutenção. Então isso, foi também outra coisa que colocou como demanda para o futuro. Então seria na
 570 bipartite de junho um calendário, agenda para se ajustar com o Ministério da Saúde e talvez até agosto ou setembro se tenha
 571 mais ou menos um desenho que pudesse ser feito para poder se colocar a repercussão no orçamento de 2013 da questão do
 572 Cartão Nacional de Saúde daqui. Em seguida, o Senhor Coordenador Adjunto agradeceu a presença de todos, declarou
 573 encerrada a sessão, marcando a próxima reunião ordinária para o dia 06 de junho, quarta-feira, em local a ser definido. Não
 574 havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores
 575 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 21 de maio de 2012.

576
577

578 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 579 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade _____
 580 Raul Moreira Molina Barrios _____
 581 Suplente: Stela dos Santos Souza _____
 582 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 583 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
 584 Gisélia Santana Souza _____
 585 Andrés Castro Alonso Filho _____
 586 Washington Luís Silva Couto _____
 587 Tatiana Maria Paraíso _____
 588 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____
 589 Ivonildo Dourado Bastos _____
 590 Suplente: Maricélia Oliveira Figueiredo Lima _____
 591 Cynthia Lopes Abreu Marques _____
 592 Luiz Pinho Rezende _____
 593 Suplente: Vaitza Santiago Cardoso _____