

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos nove dias do mês de novembro do ano de dois mil e doze, no Auditório da União dos Prefeitos da Bahia - UPB, no Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, Ivonildo Dourado Bastos, Cynthia Lopes Abreu Marques e dos suplentes: Alcina Marta de Souza Andrade, Stela Souza dos Santos Souza, Alfredo Boa Sorte Júnior, Telma Dantas Teixeira de Oliveira, Fabiano Ribeiro dos Santos, Maricélia Oliveira Figueiredo Lima e Vaitza Santiago Cardoso. Às 14 horas, havendo número legal, o Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Dr. Raul Molina, declarou aberta a sessão, colocando em discussão e aprovação as Atas da 205ª, 206ª e 207ª Reuniões Ordinárias da CIB que foram encaminhadas aos membros anteriormente. **As Atas foram aprovadas à unanimidade.** Em seguida passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Sra. Nanci Salles, que efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para informes: **1.1** Até esta data **01** município ainda não encaminhou o **Relatório de Gestão 2007** para a CIB e não apresentou justificativa (Buerarema); a esse respeito, informou que foi encaminhado ofício, conforme solicitado pelo Senhor Coordenador, na antepenúltima reunião, mas o Município ainda não tinha se posicionado. **1.2** Até esta data **05** municípios não encaminharam **Relatório de Gestão 2008** aprovado pelo CMS para as Dires e não apresentaram justificativas (Caldeirão Grande, Candiba, Jucuruçu, Lamarão e Santa Luzia); **1.3 377** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2009** para as Dires (**90,41% dos municípios do Estado**) e **40** municípios não encaminharam (**9,59% dos municípios**); **1.4 333** municípios encaminharam **Plano Municipal de Saúde 2010-2013** para as Dires (**79,86% dos municípios**) e **84** municípios não encaminharam (**20,14% dos municípios**); **1.5 139** municípios encaminharam **Programação Anual de Saúde 2010** para as Dires (**33,33% dos municípios**) e **278** municípios não encaminharam (**66,67% dos municípios**); **1.6 279** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2010** para as Dires (**66,91% dos municípios**) e **138** municípios não encaminharam (**33,09% dos municípios**); **1.5 138** municípios encaminharam **Programação Anual de Saúde 2011** para as Dires (**33,09% dos municípios**), e **279** municípios não encaminharam (**66,91% dos municípios**); **1.6 157** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2011** para as Dires (**37,65% dos municípios**), e **260** municípios não encaminharam (**62,35% dos municípios**); **1.5 136** municípios encaminharam **Programação Anual de Saúde 2011** para as Dires (**32,61% dos municípios**), e **281** municípios não encaminharam (**67,39% dos municípios**); **1.6 154** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2011** para as Dires (**36,93% dos municípios**), e **263** municípios não encaminharam (**63,07% dos municípios**); **1.7** O Ministério da Saúde encaminhou publicação dos Termos de Ajuste Sanitário – TAS dos Municípios de Medeiros Neto e Itiruçu, bem como cópia dos Relatórios de Verificação TAS referentes aos Municípios de Presidente Tancredo Neves e Itapetinga, para conhecimento. **1.8** A Auditoria do SUS-BA encaminhou cópia de pareceres conclusivos referentes a auditorias realizadas nas Secretarias Municipais de Saúde de Coronel João Sá, Uibaí, Ichu e Oliveira dos Brejinhos, respectivamente, constantes nos processos 0300110037736, 0300100120783, 0300110360391 e 0300110328471, e cópia dos pareceres de reconsideração dos Relatórios nº 935 e 455, das auditorias realizadas nas Secretarias Municipais de Saúde de Irecê e Candeal, constantes nos processos 0300110215375 e 0300100108333, respectivamente, para conhecimento. E informou que os Municípios Coronel João Sá, Uibaí e Irecê celebraram os TAS. **1.9** A Auditoria do SUS-BA encaminhou constatações do Relatório nº 459, constante no processo 0300110102840, referente à auditoria realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Prado, para conhecimento. Na sequência Sra. Nanci informou a publicação de resoluções *ad referendum*, lembrando que não foram realizadas reuniões da CIB nos meses de agosto e setembro deste ano havendo, portanto, algumas demandas referentes a credenciamentos que precisavam ser aprovadas; da mesma forma, resoluções referentes à aquisição de equipamentos que tinham sido acordadas anteriormente, não precisando, portanto, retornar à CIB, assim como ao Plano de Aplicação de Saldo da Assistência Farmacêutica. Além dessas, algumas resoluções que demandavam prazo que também foram publicadas.

2. Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
298/2012	29.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 97553.416000/1120-02 para aquisição de equipamento/material permanente para a Policlínica Municipal de Amargosa, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
301/2012	29.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o Plano de Aplicação dos recursos financeiros referentes ao saldo da conta da Assistência Farmacêutica Básica em 31 de dezembro de 2011 do Fundo Municipal de Simões Filho.
302/2012	29.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação. Livramento de Nossa Senhora
303/2012	29.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem 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. Saúde, Sebastião Laranjeiras.
304/2012	29.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Reforma. Planalto, Uruçuca, Campo Formoso, Serra Preta, Varzedo, Barra do Rocha e Pé de Serra.
305/2012	29.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Unidade Básica de Saúde (UBS). Porto Seguro.

306/2012	30.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a alteração da Resolução CIB 073/2011, quanto ao recurso financeiro para a habilitação do Serviço de Saúde Auditiva em Alta Complexidade do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce, no Município de Salvador.
307/2012	04.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o Plano de Aplicação dos recursos financeiros referentes ao saldo da conta da Assistência Farmacêutica Básica em 31 de dezembro de 2011 do Fundo Municipal de Vitória da Conquista.
308/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 97553.416000/1120-03 para aquisição de equipamento/material permanente para o Hospital Municipal de Amargosa, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
309/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 12022.5760001/12-003 para aquisição de equipamento/material permanente para o Centro de Atenção Psicossocial CAPS I do Município de Conceição da Feira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
310/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 12022.5760001/12-004 para aquisição de equipamento/material permanente para a Unidade Hospitalar Maria Teodora Leal, do Município de Conceição da Feira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
311/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 12022.5760001/12-005 para aquisição de equipamento/material permanente para Clínica de Fisioterapia Reabilitar, do Município de Conceição da Feira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
312/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 11285.2040001/12-001 para aquisição de equipamento/material permanente para o Centro de Atenção Psicossocial de Governador Mangabeira, do Município de Governador Mangabeira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
313/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 11285.2040001/12-002 para aquisição de equipamento/material permanente para a Clínica Fisioterapia de Governador Mangabeira, do Município de Governador Mangabeira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
314/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 11285.2040001/12-003 para aquisição de equipamento/material permanente para Policlínica Municipal de Governador Mangabeira do município de Governador Mangabeira, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
315/2012	14.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 11368.5120001/12-002 para aquisição de equipamento/material permanente para Centro Municipal de Saúde de Sapeaçu, do Município de Sapeaçu, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
316/2012	15 e 16.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o Plano de aplicação dos recursos financeiros referente ao restante do saldo da conta da Assistência Farmacêutica Básica em 31 de dezembro de 2011, do Fundo Municipal do Município Santo Antônio de Jesus.
317/2012	15 e 16.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 13635.016000/1120-12 para aquisição de equipamento/material permanente para o Hospital Municipal de Porto Seguro, do Município de Porto Seguro, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
318/2012	15 e 16.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 13635.016000/1120-13 para aquisição de equipamento/material permanente para o Ambulatório Médico de Especialidades de Porto Seguro, do Município de Porto Seguro, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
319/2012	15 e 16.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 13635.016000/1120-14 para aquisição de equipamento/material permanente para o Centro de Especialidades Odontológicas de Porto Seguro, do Município Porto Seguro, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
320/2012	25.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a habilitação da HEMOVIDA – Clínica de Hemodiálise de Ribeira do Pombal como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia.
321/2012	25.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ampliação das Unidades de Suporte Básico (USB) das Bases Descentralizadas do SAMU 192 dos Municípios Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas.
322/2012	25.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o remanejamento, em parcela única, do valor mensal de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) do Limite Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do Município Caetité, para o Limite Financeiro Federal de MAC do Estado da Bahia, referente ao repasse do recurso financeiro realizado na competência agosto de 2012, para o custeio da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada no Município.
323/2012	26.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a alteração do Limite Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estado da Bahia, ajustando os valores da republicação da Portaria nº 3.060/GM/MS para os Municípios Salvador e Pojuca.
324/2012	25.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a transferência da gestão do Hospital Regional Deputado Luis Eduardo Magalhães – CNES 2802090, referência de média e alta complexidade do Município Porto Seguro, para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).
325/2012	25.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a transferência da Gestão do Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho – CNES 4026896, referência de média e alta complexidade do Município Irecê, para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).
326/2012	28.09.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o valor referencial para credenciamento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI para o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado da Bahia.
327/2012	04.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do Município Macaúbas, porte II, conforme recomendação da Portaria nº 1.020/09 do GM/MS.

328/2012	04.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o Plano de Aplicação dos recursos financeiros referentes ao restante do saldo da conta da Assistência Farmacêutica Básica em 31 de dezembro de 2011 do Fundo Municipal de Santo Antônio de Jesus.
329/2012	04.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 11300.0020000/1120-02 para aquisição de equipamento/material permanente para o Hospital Maternidade Dr. Deraldo Miranda, do Município de Irará, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
330/2012	10.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Proposta nº. 11235.617000/1120-02 para aquisição de equipamento/material permanente para o Hospital Municipal Dr. Otto Alencar, do Município de Nordestina, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
331/2012	12.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Tipo II, no Município de Araçás.
332/2012	12.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a alteração da composição da Equipe de NASF Tipo II, no Município de Pé de Serra.
333/2012	12.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Conceição da Feira, Nova Itarana, Castro Alves e Seabra.
334/2012	19.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, nos Municípios de Vitória da Conquista e Planalto. Republicada por ter saído com incorreção.
335/2012	12.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a emissão de parecer favorável para procedimento de Reclassificação de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Itapetinga.
336/2012	12.10.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia para o Hospital Municipal Dr. Altino Lemos Santiago, no Município de Formosa do Rio Preto.
337/2012	01.11.2012	Aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes à Compensação das Especificidades Regionais para o ano de 2012.
339/2012	08.11.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a transferência da gestão municipal da unidade de saúde, - Hospital Universitário Professor Edgard Santos - CNES 0003816, referência de média e alta complexidade, de Salvador para a gestão do Estado da Bahia.
340/2012	08.11.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a transferência da gestão municipal da unidade de saúde, Maternidade Climério de Oliveira – CNES 004731, referência de média e alta complexidade, de Salvador, para a gestão do Estado da Bahia.
341/2012	08.11.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a Habilitação de 04 (quatro) leitos de UTI Adulto Tipo II no Hospital IBR – Instituto Brandão de Reabilitação, no Município de Vitória da Conquista – BA

46 Dr. Raul Molina registrou que na reunião do COSEMS ocorrida naquele dia, pela manhã, teve a satisfação de receber a
47 Assessora Jurídica do CONASEMS, Dra. Fernanda, acompanhada da apoiadora, Sra. Karina, que falou dos instrumentos de
48 gestão. Principalmente daquelas coisas que os Secretários devem providenciar no final do mandato, tendo sido um momento
49 muito importante, que não poderia deixar de ser registrado. Em seguida passou a palavra para o Secretário Municipal de
50 Saúde de Itabuna, Sr. Geraldo Magela, que questionou a respeito de uma resolução *ad referendum* sobre Itabuna e que não
51 constava entre as citadas. Informou que, conforme decidido na penúltima CIB, toda a documentação que estava no Conselho
52 Municipal de Saúde de Itabuna tinha sido encaminhada para o Conselho Estadual de Saúde - CES, protocolada conforme
53 orientação da CIB; todos os Relatórios de Gestão de 2008 bem como Planos e toda a documentação para que, conforme tinha
54 sido aprovado em CIB, fosse remetida ao CES. Dr. Raul Molina colocou então que o retorno do Comando Único de Itabuna
55 tinha sido aprovado *ad referendum*, tendo ficado acordada a entrega de alguns documentos e que os mesmos tinham sido
56 encaminhados para a Secretaria da CIB para posterior encaminhamento para publicação. Sra. Nanci Salles registrou que
57 aquele assunto tinha constado na Ata da última reunião e, de acordo com o pactuado - destacando que, havendo o interesse,
58 poderia ser resgatado - seria feita uma avaliação por parte do Conselho Estadual de Saúde e da própria CIB. E pontuou
59 também que Sra. Stela Souza tinha falado inclusive da questão da Comissão, para que se pudesse ter um posicionamento.
60 Relatou que os documentos já tinham sido encaminhados, porém não havia ainda um posicionamento do CES em relação
61 àquela questão; e que tinha sido pautada a discussão da situação de Itabuna na reunião do CES, ocorrida no dia anterior
62 àquela CIB; na reunião, segundo ela, houve a orientação que se fizesse um relatório sobre aquela situação; prosseguindo, a
63 Secretária da CIB considerou importante que, do ponto de vista da SESAB, fosse colocado o posicionamento da Instituição, já
64 que tinha havido também uma avaliação do ponto de vista da SESAB e do CES. Dr. Raul Molina lembrou que já havia uma
65 comissão constituída por membros do COSEMS e da SESAB, e questionou se a documentação já tinha sido encaminhada
66 para a Sra. Nanci. Esta respondeu já ter sido encaminhada, mas que havia também um posicionamento do CES, tendo sido
67 feita uma apresentação da análise do Conselho, na referida reunião, em relação à gestão estadual no Município e considerou
68 interessante fazer um encaminhamento para a próxima reunião. Assim, Dr. Raul Molina colocou o encaminhamento de que a
69 CIB mandasse para o COSEMS, por escrito - já que tinha sido uma decisão tomada em conjunto - com cópia para o Secretário
70 do Município. O Sr. Geraldo Magela argumentou que a questão estava demorando demais, não sendo aquilo o que tinha sido
71 colocado em reunião da CIB, com a presença do Senhor Coordenador. Lembrou já ter sido aprovado *ad referendum*, mediante
72 a entrega dos documentos, e que naquele momento estavam sendo referido para colocar no CES, não tendo sido aquilo o
73 acordado. Solicitou então a gravação da reunião do dia 31 de janeiro de 2012, onde, segundo ele, constava que os membros
74 da CIB tinham aprovado *ad referendum* a volta do Comando Único, mediante entrega de documentos, e estes já tinham sido
75 entregues; que estavam ali falando que tinha que passar pelo Conselho Estadual, o que não tinha sido pactuado. Dr. Raul
76 Molina colocou que, na reunião do COSEMS, foram feitos informes pelo representante dos secretários municipais no Conselho
77 Estadual de Saúde; e que o encaminhamento da CIB tinha sido de que a Secretaria Executiva da mesma iria responder para o
78 COSEMS, pois tinha sido aprovado *ad referendum* que se encaminhasse à Secretaria Executiva da CIB, devendo chegar
79 também ao COSEMS; e reforçou que a Secretária Executiva da CIB já tinha afirmado que estaria encaminhando. Continuou

80 dizendo que, vencido aquilo, o problema seria resolvido. Em seguida passou para os expedientes encaminhados à Secretaria
 81 Executiva da CIB para aprovação/homologação: **1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE –**
 82 **SAIS/DAB/DGC: 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 (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (40h) e 02 Fisioterapeutas (20h), totalizando 200h semanais.	Itapicuru
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Terapeuta Ocupacional (20h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 120h semanais.	Lamarão – Pendente: RAG 2007/2008/2009
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I vinculada à ESF José Maria Magalhães Neto.	Irajuba
	02 ESB Modalidade I, sendo 01 vinculada à ESF Vereda Tropical e 01 vinculada à ESF Dr. Luis Gustavo Ferreira.	Luis Eduardo Magalhães
	03 ESB Modalidade I, sendo 01 vinculada à ESF do Parque das Mangueiras, 01 vinculada à ESF Vila Sorriso e 01 vinculada à ESF Feliciano Souza dos Reis.	Cocos
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade II - Parque das Mangueiras.	Cocos
	01 ESF Modalidade II - Vereda Tropical.	Luis Eduardo Magalhães
ACS – Agente Comunitário de Saúde	02 ACS	Itapicuru

83 O NASF de Lamarão foi aprovado *ad referendum*, mediante a entrega da documentação pendente para publicação na
 84 Resolução CIB. A Secretária Municipal de Saúde de Morro do Chapéu e Membro da CIB, Sra. Maricélia Oliveira, relatou que o
 85 NASF era um Programa novo e os municípios buscavam ampliar serviços e recursos para eles. Registrou também que, em
 86 relação a seu Município, sentia-se muito incomodada quanto ao andamento dos serviços daquele Programa, achando que os
 87 municípios não estavam preparados para receber determinados programas. Colocou então que, antes de receberem os
 88 programas, se deveria preparar e capacitar as equipes, para não ficarem com aquele sentimento que ela tinha em relação ao
 89 seu Município, com uma equipe que não estava dando certo, não estava funcionando bem, inclusive já tendo trocado
 90 profissionais várias vezes. Arrematou dizendo que considerava importante aquela colocação, pois quando se levava um
 91 programa novo para o município, a intenção era que desse certo, para crescer e melhorar a qualidade da assistência e que em
 92 sua região a maioria dos municípios tem reclamado disso. Assim, sugeriu que o Governo do Estado, juntamente com COSEMS
 93 e CONASEMS, buscasse efetivação daqueles programas através da qualificação dos profissionais, que se sentiam perdidos e
 94 por mais que buscassem leituras e informações na mídia, nunca era como se levar o conhecimento através de uma
 95 qualificação, para se atuar em determinado programa. Sra. Stela Souza lembrou que a Sra. Maricélia Oliveira já tinha colocado
 96 isso e que tinham inclusive conversado com o Diretor da Atenção básica, pontuando que poderia haver um maior envolvimento
 97 da equipe e apoiadores da Atenção básica com relação aos NASF porque, se as equipes não tinham criado ainda uma
 98 identidade, seria realmente necessário fazer um movimento para que as mesmas tivessem uma atribuição, a fim de
 99 conseguirem se encontrar. Arrematou dizendo que não dava para reclamar sem tomar uma providência, então sugeriu como
 100 encaminhamento que a DAB realizasse uma qualificação, num movimento junto aos colegiados, para que a identidade da
 101 equipe fosse resgatada e para enxergarem qual o seu papel dentro da Atenção básica, pois parecia que o que estava escrito
 102 não estava funcionando. Em seguida houve um questionamento sobre um NASF para Itamaraju e Dr. Raul Molina sugeriu
 103 deixar para 'o que ocorrer' - no momento não havia ninguém da equipe técnica da DAB para esclarecimentos - a fim de que
 104 alguém da área pudesse se posicionar; e concluiu dizendo que outra demanda seria encaminhar para a Atenção básica a
 105 questão colocada por Sra. Maricélia e Sra. Stela Souza, referente ao NASF. Dando prosseguimento à ordem do dia, passou
 106 para o próximo ponto de pauta: **1.2 Reabilitação do CEO Tipo I do Município de Mata de São João: – APROVADO. 2.**
 107 **SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: – APROVADOS. 2.1**
 108 **Habilitação do Serviço de Cirurgia Cardiovascular Pediátrica para a Unidade abaixo relacionada:**

UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
Hospital Martagão Gesteira	15.170.723/0001-06	0004278	Salvador

109 Neste ponto Dr. Raul Molina parabenizou a equipe técnica pela iniciativa, pois fazia tempo que aquilo precisava ser resolvido, e
 110 falava aquilo como pediatra, pois aquela atitude era muito importante para consolidar o vazio existente e que o Hospital
 111 Martagão Gesteira tinha um significado muito grande para todos, reforçando a importância de se divulgar que o serviço chegou
 112 ao Hospital.

113 **2.2 Habilitação de 06 novos leitos de UTI Coronariana Tipo II para a unidade abaixo relacionada:**

UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
Hospital Promatre de Juazeiro	14.659.478/0001-32	2557509	Juazeiro

114 **2.3 Reclassificação dos 07 leitos de UTI Adulto Tipo II já habilitados, para 05 leitos de UTI Adulto Tipo II da unidade abaixo**
 115 **relacionada:**

UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
Hospital Promatre de Juazeiro	14.659.478/0001-32	2557509	Juazeiro

116 Neste ponto, Sra. Stela Souza questionou referindo que, quando se reclassificava os 07 leitos de UTI Adulto Tipo II para 05
 117 leitos de UTI Adulto Tipo II, parecia ser a mesma coisa, se eram sete e foram reclassificados cinco, iria haver só cinco, ou seja,
 118 não eram mais sete, parecendo que dois perdiam; portanto, não tinha ficado claro. Sra. Cláudia Almeida, Diretora da Diretoria

119 de Controle – DICON/SUREGS, esclareceu que se partiu do princípio de quantos leitos existiam na unidade, sendo quatorze
 120 leitos – que antigamente eram sete SUS e sete não SUS – e, com o advento da nova habilitação da UCI, a Unidade tinha feito
 121 um remanejamento porque não queria ficar com 100% de leitos SUS; então tinham mantido os que tinham, passando os sete
 122 para cinco e agregaram mais dois, para ficarem justamente os seis para UCI, sendo por isso que estava se falando de
 123 reclassificação. Dr. Raul Molina questionou se o número se mantinha ao que Sra. Cláudia Almeida respondeu que tinham sido
 124 colocados mais dois leitos porque antes só havia sete, então o Hospital tinha diminuído do que era não SUS, ficando então a
 125 mais para o SUS, só que, naquele momento, de UTI adulto e mais da UCI. Dando prosseguimento: **2.4 Habilitação em Unidade**
 126 **de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia, para a Unidade abaixo relacionada:**

UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
Instituto Saúde de Valença	11.038.706/0001-69	7114230	Valença

127 **2.5 Habilitação como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral – AVC, Tipo III para a**
 128 **Unidade abaixo relacionada:**

UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
Hospital Geral Roberto Santos	13.937.131/0053-72	0003859	Salvador

129 **2.6 Habilitação do Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral – AVC, Tipo II para a**
 130 **Unidade abaixo relacionada:**

UNIDADE	CNPJ	CNES	MUNICÍPIO
Hospital IBR – Instituto Brandão de Reabilitação	13.284.872/0001-70	2488892	Vitória da Conquista

131 Neste ponto Sra. Stela Souza comentou que eram boas notícias porque, ou se conseguia habilitar aquele serviço para
 132 melhorar o atendimento para a população do interior, ou não adiantava ficar naquela luta. E considerou louvável se ter
 133 conseguido alcançar mais aquela grande vitória. **2.7 Credenciamento de CAPS para a Unidade abaixo relacionada:**

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Seabra	6738761	Centro de Apoio Psicossocial - CAPS	13.022.604/0001-37	CAPS I

134 **2.8 Habilitação dos procedimentos de laqueadura e vasectomia para a Unidade abaixo relacionada:**

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Porto Seguro	2802058	Hospital Municipal de Porto Seguro	08.257.417/0001-46	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia

135 Neste momento foi solicitada uma inversão de pauta em virtude de um compromisso externo da Sra. Cláudia Almeida, o que foi
 136 remetido para a pactuação, conforme ordem seguinte: **1. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO**
 137 **À SAÚDE – SUREGS/DICON: 1.1 Alocação dos recursos financeiros referentes ao exercício 2012 e 2013, do Componente I -**
 138 **Cirurgia de Catarata, específicos da população de extrema pobreza dos municípios sob gestão estadual. A Sra. Stela Souza**
 139 **colocou que, quanto àquela Resolução, tinha orientada o motivo daquilo; que havia vários municípios que estavam na linha da**
 140 **extrema pobreza e tinham aqueles recursos para fazerem aquela cirurgia, mas o que ocorria era que vários daqueles**
 141 **municípios já tinham sido atendidos no Projeto Saúde em Movimento. Continuou informando que antes havia uma Portaria do**
 142 **Ministério, de exercício 2012/2013, que estipulava que, para a vinda do recurso era necessário somente encaminhar a**
 143 **produção. Entretanto, no período em que tinha sido encaminhada aquela produção, o Ministério tinha publicado uma nova**
 144 **Portaria determinando que aquilo fosse aprovado em CIB. Prosseguindo, disse que estava sendo aprovado ali algo que já tinha**
 145 **sido aprovado anteriormente e já tinha sido encaminhado, considerando desnecessário apresentar por tratar-se de uma**
 146 **produção de serviços já executados, que já tinham sido pactuados em CIB e encaminhados ao Ministério; e que tinha havido**
 147 **apenas uma mudança de Portaria, por isso tinham pedido que passasse na CIB novamente, para se encaminhar a Resolução.**
 148 **Sra. Cláudia Almeida concordou com as colocações de Sra. Stela Souza, informando constar na Portaria 1340, no Artigo 8º,**
 149 **que para todos os municípios constantes da linha considerada de situação de extrema pobreza o recurso seria depositado pós-**
 150 **produção. Em seguida informou que, naquele período, dos oito mil procedimentos que seriam para os municípios que estavam**
 151 **sob gestão do Estado, já tinham sido realizados mais de cinco mil e seiscentos. Continuou dizendo que tinham encaminhado**
 152 **para o Ministério da Saúde, no dia 10 de agosto, a relação daqueles municípios com os respectivos recursos, baseados na**
 153 **referida Portaria, para que o MS viesse a alocar no teto do Estado, uma vez que já tinha sido realizado efetivamente o**
 154 **procedimento. Entretanto, para a surpresa da Área, no dia 20 de agosto tinha saído uma Portaria determinando que, a partir**
 155 **daquela data, o repasse não seria mais por produção e sim por alocação e, sendo por alocação, seria necessário passar na**
 156 **CIB. Reforçou então que, como estavam falando e pleiteando especificamente recurso dos municípios sob gestão do Estado –**
 157 **e reiterou que, conforme explanado pela Sra. Stela Souza, quase 80% daqueles procedimentos já tinham sido realizados –**
 158 **estavam ali naquele momento para encaminharem aquele pleito. Dr. Raul Molina relatou que, em se tratando de cirurgias de**
 159 **catarata, tinha havido uma demanda do Município de Paulo Afonso na reunião do COSEMS ocorrida pela manhã, de que tinha**
 160 **encaminhado um documento com a produção do mês de abril e questionou se a Sra. Cláudia Almeida tinha conhecimento. Ela**
 161 **comentou que gostaria de ler o material encaminhado porque, de acordo com a Resolução CIB, homologada, tinha ficado claro**
 162 **que, para quem tivesse apresentado produção no período de avaliação, alguns municípios inclusive Salvador – mais ou menos**
 163 **uns cinco sob gestão estadual – além do Estado aqueles recursos tinham sido alocados e todos zerados para a competência**
 164 **2012, porque tinham pegado inclusive um pouco daquele recurso do Componente 3, para poderem fazer aquela composição.**
 165 **Lembrou que naquela Resolução CIB tinha ficado acordado ainda que qualquer movimentação de recursos para o serviço de**
 166 **catarata seria reavaliada a partir da produção de dezembro; e caso ainda houvesse recurso do Componente 3, e que não**
 167 **tivesse sido utilizado pelo conjunto de municípios, inclusive pelo Estado, trabalhariam com uma nova lógica para fazer uma**
 168 **redistribuição para o Componente 1. afirmou que faria a leitura do material para responder oficialmente ao Município, mas**
 169 **esclareceu que achava muito difícil naquele momento desacordar do que tinha sido acordado e publicado em Resolução CIB.**
 170 **Dr. Raul Molina concordou com o posicionamento de Sra. Cláudia Almeida em encaminhar uma resposta oficialmente ao**
 171 **Município de Paulo Afonso. E passou ao próximo ponto de pauta: 1.2 Avaliação do Projeto Estadual de Rastreamento do**
 172 **Câncer de Mama: Ajuste Financeiro. Sra. Cláudia Almeida informou que seria uma apresentação rápida, sendo preciso**

173 resgatar a memória, já que estava falando de um Projeto que tinha acontecido a partir de outubro de 2011 e, naquela data –
174 um ano depois – tinha que estar ali para dizer como tinha sido o desempenho do Projeto. O que se pensava para o futuro, uma
175 vez que o Ministério da Saúde tinha definido que, até o final do ano em curso, seriam mais de dois mil e novecentos casos
176 novos de câncer na Bahia – novecentos e vinte só em Salvador – e estavam realmente tendo uma dificuldade muito grande
177 para executá-lo. Registrou que o Estado não estava tendo mais dificuldade para realizar a mamografia pelo componente FAEC,
178 pois todos estavam fazendo – e falava aquilo sem entrar no mérito da qualidade do procedimento – mas registrou que o grande
179 problema atual era para onde encaminhar aquelas mulheres após a mamografia, com as imagens suspeitas. Falou da
180 dificuldade com outros exames como ultrassonografia, outras mamografias para melhor diagnosticar tipo a compressiva, a
181 esterotaxia, dizendo tratar-se de um conjunto de situações. Iniciou então a apresentação com o *layout* de quando haviam
182 começado, em 2011, o Projeto Rastreamento do Câncer de Mama, Saúde em Movimento, mostrando um breve histórico com o
183 início do Projeto, em outubro de 2011, a população alvo – mulheres de 50 a 69 anos, faixa etária com a maior incidência da
184 patologia – ressaltando que, segundo o IBGE, em 2009 havia 994.571 (novecentos e noventa e quatro mil e quinhentos e
185 setenta e uma) mulheres e que eles tinham tido a ousadia de, em dois anos, cobrirem 80% daquelas mulheres, reafirmando
186 que o desafio era garantir todos os exames de continuidade para as mulheres com imagens suspeitas após mamografia. Deu
187 seguimento apresentando a estratégia adotada: primeiramente referiu que era uma estratégia com uma equipe itinerante, nos
188 moldes da oftalmologia, em que o equipamento se deslocava até os municípios e realizava a mamografia. Num segundo
189 momento aquela mesma equipe, ao identificar a imagem suspeita, voltava para o território para fazer aqueles três tipos de
190 exames e as mulheres com diagnósticos confirmados eram encaminhadas para o UNACON. Destacou que tinham começado
191 pela Macrorregião Centro-Leste, onde havia o maior número de mulheres, que naquele momento estavam programados cinco
192 tipos de procedimentos e apenas a ultrassonografia tinha tido o incremento diferenciado da tabela unificada do SUS. Informou
193 que tinham agregado o valor de dezoito reais àquele procedimento para viabilizá-lo e que tinham comprado a agulha para a
194 punção da biópsia, pois no Edital de credenciamento tinha ficado estabelecido que a agulha para punção da biópsia era de
195 responsabilidade do Estado. Apresentou o quantitativo de mulheres que resultariam em procedimentos sequenciais pós-
196 exames de imagens suspeitas e que, diante daquilo, tinha havido um resultado e o primeiro impacto causado foi que, em um
197 ano, das vinte e oito microrregiões, só tinham conseguido fechar quatro microrregiões, tendo conseguido realizar apenas
198 mamografia; dos quatrocentos e dezessete municípios, tinham coberto – trabalhando indistintamente, de gestão plena ou não –
199 apenas sessenta e três municípios, com sessenta e quatro mil e novecentas mamografias realizadas; destas, cinquenta e
200 quatro mil e duzentas com resultados negativos, mas gerando ainda um quantitativo significativo de mulheres – dez mil e
201 seiscentas – com imagens suspeitas, precisando fazer seus encaminhamentos para uma melhor avaliação. Destacou que, do
202 conjunto de mulheres que tinham realizado ultrassonografia – mais de três mil mulheres – noventa e nove tinham realizado a
203 biópsia. Ponderou que, apesar de não terem alcançado as metas propostas – sequer 50 ou 40% – a mais importante era que,
204 em um trabalho daquele, tinham conseguido identificar trinta e duas mulheres com câncer de mama, que tinham sido
205 encaminhadas para serem atendidas e tratadas. Saliu então que tinham se dado conta da incapacidade que haviam tido, para
206 parte daquele quantitativo de mulheres, porque só contavam com um prestador. E que o desempenho não tinha sido maior
207 porque, quando se trabalhava com tabela SUS, não dava para fazer aquilo, pois aquelas mulheres que tinham feito a
208 mamografia – a princípio para poderem saber a situação da mama – precisavam de outra mamografia, a compressiva, ou de
209 outra, a com magnificação. E as pessoas que estavam trabalhando com outras mulheres estavam identificando um número
210 muito alto de microcalcificações em mamas, o que requeria mais outro tipo de procedimento, inclusive a estereotaxia. Então,
211 com aqueles valores apresentados, só com aqueles procedimentos não tinham como dar vazão a um número maior de
212 mulheres e, como não havia atrativo, não tinham tido como trazer outros prestadores para estarem ajudando naquele
213 movimento itinerante, buscando a mulher onde ela estava. Relatou que, repensando os novos desafios para 2013, a primeira
214 coisa pensada foi que o rastreamento do câncer de mama iria precisar ter identidade própria e não vir do Programa Saúde em
215 Movimento, que já tinha outro produto, a Oftalmologia. E por isso apresentou a nova logística do Programa Estadual de
216 Rastreamento do Câncer de Mama, lembrando que continuariam trabalhando na lógica itinerante. Na nova perspectiva, a
217 proposta apresentada era manter as três fases, mas na segunda fase abrir o leque por nível, onde seria possível classificar o
218 nível II, que era a necessidade das mulheres fazerem a mamografia compressiva e a com magnificação; e aí de acordo com
219 estudo da equipe técnica do CICAN com o pessoal que já trabalhava com a Sociedade Brasileira de Mastologia, além da
220 ultrassonografia e da punção. Do ponto de vista da economia de escala e de escopo, para otimizarem a questão, ao se
221 identificar um território, uma microrregião, onde o quantitativo de mulheres que passarem para um daqueles dois níveis for
222 menor ou igual a setenta, iriam decidir na microrregião sobre um município pólo para drenar aquele conjunto de mulheres a fim
223 de serem atendidas. Ratificou que, se o município tiver um quantitativo igual ou maior que oitenta mulheres nos níveis I e II, a
224 equipe iria se deslocar para o local, a fim de realizar o exame, mas, para qualquer número de mulheres que precisasse fazer a
225 estereotaxia, seria demandado a uma unidade física pertencente ao credenciado que ganhar o edital. Exemplificou que se
226 estivesse naquele momento com o serviço do Dr. Delfim, as mulheres estariam sendo encaminhadas para fazerem a
227 estereotaxia em Salvador, esclarecendo que, para aquele tipo de equipamento, não era muito bom estar se deslocando em
228 movimento nas estradas para não ficar descalibrando o mesmo. Concluiu dizendo que manteriam a fase III, que era como
229 haviam pensado no início, o encaminhamento ao UNACON da mulher já pronta, apenas para fazer a cirurgia ou o tratamento,
230 se fosse o caso. Destacou que, para conseguirem fazer aquilo, tiveram que alterar de seis para oito procedimentos e estavam
231 pensando em fazer uma tabela diferenciada, específica para aqueles procedimentos. Lembrou que a estereotaxia não constava
232 na tabela SUS, por isso tinham tomado como parâmetro um plano público de saúde estadual, o PLANSEV. Apresentou então
233 em *slide* todos os valores do PLANSEV e o percentual para agregarem sobre determinados procedimentos. Passou então a
234 explanar que, como tinha sido dito no início, na primeira fase, em 2011, apenas dois procedimentos tinham tido recomposição:
235 a ultrassonografia, para o qual tinham agregado um valor e a punção que, apesar de não terem colocado valor financeiro,
236 tinham ficado responsáveis para entregarem a agulha para a biópsia, em uma operação realmente bilateral, passando de
237 quarenta e cinco para sessenta e cinco reais; para a consulta especializada tinham crescido 70% no valor, passando para
238 trinta e um reais e cinquenta centavos, o que significava dizer que, além dos dez reais, completariam com mais vinte e um
239 reais. Mostrou que, para a mamografia bilateral, que tinha saído de quarenta e cinco para sessenta e cinco reais, tinham

240 acrescentado mais 40% e que a mamografia unilateral seria utilizada para fazer a compressiva e a com magnificação, tendo
241 ficado mantido o valor; que os exames anátomopatológicos tinham tido um aumento de 20%, passando para vinte e oito reais.
242 Além disso, informou que, para a punção mamária com agulha, seria mantido o mesmo valor e continuariam fornecendo a
243 agulha; para a biópsia tinham dado um impacto de 60%, mantendo o mesmo valor para ultrassonografia. Explicou que para a
244 estereotaxia, um dos procedimentos mais demorados, custava trezentos e vinte reais no PLANSEV, inseriram um fator
245 agregador de 30%, passando para noventa e seis reais. Falou rapidamente sobre o que esperavam em 2013, pois, já estavam
246 falando em um quantitativo de um milhão e quarenta mil mulheres e finalizou colocando que aquela era a proposta a ser
247 compartilhada a responsabilidade, que não era só da SESAB, mas de todos os municípios, pois, a estimativa para até o final
248 de 2012 era que tivesse mais mil novecentos e vinte casos novos de câncer de mama no interior do Estado. Concluiu dizendo
249 que assim se fazia necessária a aprovação dos valores da tabela para darem seguimento aos trabalhos. A Sra. Stela Souza
250 parabenizou Sra. Cláudia Almeida pela apresentação e pelos resultados alcançados, pois, aquele era um grande problema que
251 atravessavam na Bahia, no Brasil e no Mundo, que pensar no rastreamento do câncer de mama era muito importante. E
252 parabenizou também o Estado por aquela iniciativa, com o aval do COSEMS. Chamou atenção que tinha havido uma mudança
253 de lógica, não sendo bem o Programa Saúde em Movimento e sim um Programa de Rastreamento de Câncer de Mama,
254 lembrando que aquela relação entre os dois Programas tinha sido discutida na reunião do COSEMS. Pontuou que, mesmo se
255 tratando de um Programa de Rastreamento de Câncer de Mama, ele funcionaria mais ou menos na lógica do Programa Saúde
256 em Movimento, com fases que não seriam móveis e sim fixas, mas seria na forma do Programa Saúde em Movimento. Assim,
257 aconteceria com a unidade móvel em determinado local, em determinada região e em determinado momento, da mesma forma
258 que a cirurgia de catarata. Destacou que tinha sido colocado pelos secretários municipais naquela manhã que eles precisavam
259 ter mais conhecimento sobre aquele movimento e reforçou já ter havido aquele registro em outras reuniões do COSEMS, com
260 algumas reclamações quanto ao Programa Saúde em Movimento acontecer na região, ou até no município, sem eles terem
261 informação, mas que o resultado do serviço era fantástico e eles sabiam que a única forma era fazer naquela quantidade.
262 Comentou ter sido Secretária de município pólo, município de referência, que tinha aqueles serviços, sabia que não dava conta
263 e que os municípios que ofereciam serviços sabiam do que ela estava falando e aquele movimento, num pacote, terminava
264 sendo mais acessível e daria para executar. Em nome do COSEMS solicitou que tivessem um conhecimento prévio daquela
265 programação e propôs uma câmara técnica bipartite para acompanhar o processo, a fim de valorizarem e até defenderem
266 mais, em todos os campos e espaços, porque já estavam vendo os resultados na ponta. Sugeriu então um movimento conjunto
267 para que aquelas decisões sobre onde executar o Programa, sobre os dados das regiões, municípios e prestadores, ficassem
268 acessíveis àquela câmara técnica, grupo de trabalho ou algo que fosse bipartite, para que o COSEMS tivesse aquele
269 acompanhamento. A Sra. Cláudia Almeida considerou extremamente importante a colocação de Sra. Stela Souza e relatou que
270 a área técnica da SESAB também vinha tendo a mesma dificuldade. E ressaltou que, quanto à questão da Oftalmologia, já
271 estavam trabalhando em uma dimensão muito mais ampla, pretendendo, para 2013, darem acesso também para crianças em
272 idade escolar – de quatro a doze anos de idade – inclusive com entrega de óculos. Além disso, trabalharam com um novo
273 edital, devendo ficar na responsabilidade de cada credenciado que ganhar o edital a capacitação dos professores de salas de
274 aula, para fazerem a triagem das crianças com problemas de visão, a fim de que, quando a equipe chegar ao local, já receba a
275 criança triada. E destacou que seria um movimento de um impacto social inestimável, ponderando ser importante que o
276 COSEMS indicasse uma pessoa para fazer parte da equipe do estudo de desenvolvimento, como interlocutor entre a SESAB e
277 o COSEMS nas discussões. Remetendo ao câncer de mama, lembrou ter sido aquilo o que tinha acontecido e relatando que
278 Sra. Stela Souza havia lhe perguntado o que fazer e que ela tinha lhe aconselhado a solicitar na CIB o rastreamento do câncer
279 de mama para sua microrregião, começando por tais municípios. Dr. Raul Molina solicitou a Dra. Cláudia Almeida que
280 permanecesse mais um pouco na reunião, pois na CIB havia um espírito democrático, relatando ter recebido uma demanda de
281 uma paciente, especificamente sobre o câncer de mama e gostaria de contar com a sua presença. Referiu que tratava-se de
282 uma senhora que ele havia encontrado no aeroporto, quando ela vinha de Brasília, onde tinha ido fazer uma reivindicação ao
283 Ministro da Saúde, ao que Dr. Raul Molina tinha lhe falado ser a CIB o local pertinente para aquela demanda. Comentou que o
284 próprio Secretário também tinha tido uma conversa com ela e o COSEMS também havia se colocado à disposição e passou a
285 palavra para a mesma, Sra. Rita de Cássia. Esta cumprimentou a todos, referiu ser paciente de um câncer de mama e passou a
286 historiar todo o processo da sua doença. Relatou que teve que tirar a mama, referindo ter sido tudo rápido, pois, possuía
287 plano de saúde. Informou também que tinha sido muito bem assistida por vários médicos; que teve metástase, o que disse ter
288 sido uma surpresa interessante que lhe deixou feliz, pois a tinha motivado a andar pelo mundo e tinha ajudado em sua cura, a
289 cada dia, reiterando ser o câncer de mama uma doença crônica, que a cada dia vinha se sentindo curada e que aquela era a
290 sua proposta de vida. Relatou que seu oncologista tinha lhe proposto fazer um exame nos Estados Unidos, por cinco mil
291 dólares o que tinha lhe soado mal, pois era ambientalista, uma pessoa simples que vivia cuidando da natureza, mas disse que
292 assim mesmo o tinha feito esperando vinte e cinco dias para o estadiamento da sua doença, porque não poderia ser tratada se
293 não fosse com o resultado daquele exame. Pontuou que resolveu que, se ficasse boa, iria a Brasília procurar o Ministro, ao que
294 seus médicos tinham achado engraçado, porque seria inviável ser atendida por alguém lá. Ratificou que vinha ficando boa a
295 cada dia, que após esperar os vinte e cinco dias, seu exame tinha chegado e ela tinha sido agraciada por não precisar fazer a
296 quimioterapia. Referiu ter questionado com seu médico como faziam as mulheres pobres, que não podiam pagar, se morriam,
297 porque se não se podia fazer nem biópsia, mamografia e ultrassom para as mulheres, quicá um exame nos Estados Unidos,
298 como ela tinha tido condição de pagar cinco mil dólares para fazer. E que aquilo tinha lhe motivado a viver, pois se considerava
299 uma mulher com responsabilidade social. Reiterando ser ambientalista, a Sra. Rita de Cássia falou que, diante do quadro que
300 tinha visto naquela reunião, teve vontade de ir embora, pois, se não podia fazer bipsia, mamografias e ultrassom, quicá um
301 exame nos Estados Unidos, mas que aquilo também a movia porque, se ela recebesse os seus dez mil reais que emprestaria
302 ou daria ao Estado para cobrir parte da despesa necessária – pelos valores estabelecidos na apresentação - para tratar
303 algumas mulheres, uma pequena parte das mulheres. Informou que estava sendo defendida com aquela ação no Ministério
304 Público, com ação que nem o Plano de Saúde, nem a Agência Nacional de Saúde reconheciam, pois, referiu parecer se tratar
305 de um exame de luxo, que só mulheres ricas, que só se preocupavam com elas mesmas, o faziam. Falou que ela não era rica,
306 mas se preocupava com o outro, e que tinha saído de Vilas do Atlântico, da vida burguesa, para conhecer o mundo dos

307 pobres, se dedicando àquela causa. Comentou que tinha conhecido o CICAN ao ir pegar seu remédio, tendo ficado
308 impressionada por ter só um CICAN em Salvador, que deveria ter 20 e mencionou ainda querer que o Senador Antônio Carlos
309 Magalhães reencarnasse, pois, o nome dele estava na placa, como fundador do CICAN, para ver se tinha alguém com a idéia
310 de fundar outros CICAN. Ela ressaltou ter ficado impressionada com a quantidade de mulheres atendidas lá, pessoas que se
311 operavam e saíam direto em Van e pegavam 300 km de viagem, referindo já ter abrigado mulheres em sua casa, porque o
312 CICAN não regulava e não mandava para o 'NESPEC' (sic). Destacou também que não havia um diálogo entre os órgãos e as
313 casas de apoio, não tinha carro para levar as pessoas do 'NESPEC' (sic) para o CICAN, e elas ficavam à mercê da boa
314 vontade dos servidores ou de pessoas como ela. Comentou ser fantástico aquele mundo onde ela pegava o seu 'Aromasim',
315 da Pfizer – se referindo aí ao CICAN – mas que não tinha sido informado sobre onde pegar o medicamento, que uma
316 funcionária da Regulação tinha falado para ela pegar um papel em um posto de saúde e pedir a um médico que solicitasse o
317 Aromasim, o que, segundo ela, não tinha entendido. Continuando, disse ter conhecido uma pessoa da Pfizer, que a tinha
318 orientado a se dirigir ao CICAN e referiu ter sido quando achou o CICAN incrível. Falou também que era artista plástica e iria
319 vender suas obras para ajudar o Estado, municípios e talvez até o Brasil, para ajudar as mulheres a não terem câncer,
320 ressaltando ser muito ruim a pessoa se ver sem uma mama de repente e provavelmente sem a outra mama. Comentou que se
321 considerava uma mulher jovem, com netos e filhos, e era privilegiada porque tinha condição de se tratar, enquanto as mulheres
322 do Aristides Maltez, das quais tinha presenciado várias histórias, não tinham aquela condição. Concluiu dizendo que, ao ver na
323 apresentação um rastreamento de câncer de mama com dez reais de uma coisa e vinte reais de outra coisa, referiu acreditar
324 que ela teria de ganhar aqueles dez mil reais para dar ao Estado, a fim de aumentar a verba e, ao invés de ir embora, tinha
325 dado vontade de ficar. Registrou que falar durante cinco minutos, sob efeito de uma emoção, era muito pouco porque ela
326 jamais voltaria àquela reunião, pois não era da área de saúde e iria ficar boa; que não iria ficar tratando sempre daqueles dez
327 mil reais, que iria atuar no mundo, em outros lugares e não seria naquela sala, onde havia pessoas que não estavam atentas, o
328 suficiente, àquela temática tão importante que era o câncer de mama. Ressaltou ainda que, em se tratando de saúde, para ela
329 era um assunto muito sério, porque tinha tido um AVC há oito anos e era uma vencedora do AVC e se via como uma mulher
330 até controlada, apesar de estar emocionada e sem dormir, pelo estado de ansiedade que se encontrava. Destacou ainda que
331 ela estava fazendo uma mudança de vida interna e qualitativa para seguir em frente e que se colocava à disposição de
332 qualquer pessoa que tivesse idéias referindo que, se havia alguém que tinha um banco de idéias, aquele alguém era ela.
333 Referiu que continuaria vivendo apesar de ter de tirar a outra mama no ano seguinte, mas achava ter sido uma proposta divina
334 ela adoecer e agradecia a Deus todos os dias por ter tido aquele câncer de mama. Falou também que sua filha tinha tido um
335 linfoma há dois anos e estava muito bem, ressaltando que tinham estudado juntas sobre DNA e estavam capacitadas para
336 dizer se uma pessoa poderia estar com um nódulo. Comentou que as pessoas queriam que ela parasse na rua e que nas
337 eleições as pessoas tinham pedido que ela fizesse exame de toque, referindo que o desespero das mulheres era tanto que
338 elas lhe pediam que fizesse toque; ela então lhes respondia que não era médica e não sabia fazer toque, mas podia dar um
339 toque e que era uma mulher pegando assinaturas. Finalizou agradecendo a oportunidade muito grande que Deus e Dr.
340 Mitermaia e Raul tinham lhe proporcionado no saguão do aeroporto, ter sido permitido falar ali, e ficava muito feliz por eles se
341 preocuparem com as doenças, mas sugeriu que se preocupassem mais do que discutissem e que discutissem menos. Dr. Raul
342 Molina agradeceu a sua participação e Dra. Cláudia Almeida deu continuidade à reunião, lembrando que também lançaria e
343 iniciaria o formato itinerante do Programa Estadual de Cirurgia de Otorrino, e que na próxima oportunidade já seria
344 contemplado, ampliado com aquele serviço para todo o Estado da Bahia. Sinalizou que a formatação estava muito boa e
345 precisava continuar com a parceria com o COSEMS para poderem fazer o diferencial. **Não havendo objeções o ajuste**
346 **financeiro no Projeto de Rastreamento de Câncer de Mama foi aprovado.** Falou a Dr. Raul Molina que queria só aproveitar
347 para pedir ao Secretário para ela colocar algo de 'o que ocorrer', pois não estaria neste momento da reunião e se tratava da
348 habilitação de serviço de TRS de Valença. Falou também da questão de uma clínica de TRS de Salvador, que antes estava
349 com a Clínica São Marcos a qual, por problemas, parecia estar em fase de fechamento; mas que existia o serviço de TRS e a
350 técnica tinha estado com ela no dia anterior para que se fizesse uma avaliação. Disse que contava atualmente com 200
351 pacientes e precisaria fazer uma alteração no seu componente social; que manteria seu CNES para que não perdesse a sua
352 história e apenas pediria ao Ministério que excluísse a Clínica São Marcos daquela razão social para incluir a Clínica Nossa
353 Senhora das Graças na mesma razão social. Então essa seria a tramitação e não precisaria de nova habilitação. O
354 Coordenador sugeriu a Dra. Cláudia Almeida que, ao invés de deixar para 'o que ocorrer', **a mudança do CNPJ da Clínica**
355 **São Marcos em TRS** já fosse considerada aprovada, registrando que era só modificar a razão social pela atual **e todos**
356 **aprovaram.** Dra. Stella Souza registrou ainda um questionamento da Região Sul sobre cirurgia eletiva, que haviam trazido pela
357 manhã, de que os municípios não estavam conseguindo ter acesso à cirurgia eletiva e solicitavam uma explicação do que
358 estava havendo, e questionou se tinham conhecimento do que estava havendo na região, aproveitando também para informar
359 o nome da representante do COSEMS naquela discussão, a Secretária Aldeci. Dra. Cláudia Almeida falou que na Região Sul
360 havia quatro microrregiões e ela estava sabendo que havia problemas com a Microrregião de Jequié e que tinha inclusive uma
361 reunião agendada para a próxima semana e estavam revendo se iriam ou não, por causa de mudanças de gestão, e que
362 precisava se verificar para já estar reordenando. Comentou também com Dra. Stella Souza sobre quando elas tinham ido falar
363 com os prestadores e achava que valeria a pena sentar de novo para conversarem com aqueles prestadores. Referiu que se
364 fosse a questão de Itabuna, ela já estava negociando também para o procedimento poder ser feito. Disse que se tinha
365 avançado muito pouco e que era uma discussão que teria que ocorrer em outro momento, também para poder resgatá-la e
366 achava que, quando comesçassem a colocar alguns procedimentos de forma itinerante, como era a idéia, iriam conseguir dar
367 um diferencial maior, porque estava havendo dificuldades em alguns lugares. Falou que deveriam marcar uma reunião para
368 tratar daquele ponto. O Coordenador agradeceu a Dra. Cláudia Almeida e chamou o próximo ponto, ao tempo em que
369 confirmou que estava aprovada a mudança da razão social e a Secretaria Municipal de Saúde cuidaria do processo burocrático
370 com a DICON. **Habilitação do Município de Rodelas para aquisição de medicamentos de saúde mental na Atenção**
371 **básica. Aprovado.** Assim passou para o **ponto: Balanço da Assistência Farmacêutica Básica do Estado.** Dr. Alfredo Boa
372 Sorte, Superintendente da SAFTEC, falou que queria fazer uma introdução em primeiro lugar, porque o Diretor da Atenção de
373 Assistência Farmacêutica, Sr. Lindemberg é quem faria a apresentação, mas que estava ali para debater o assunto, tendo em

374 vista toda a complexidade e a importância que tinha a Assistência Farmacêutica para eles. Referiu que naquele Governo
375 tinham conseguido sair de uma Coordenação de Assistência Farmacêutica para uma Superintendência e uma Diretoria de
376 Assistência Farmacêutica, além de todo um processo de ampliação de acesso ao medicamento, que tinham feito em parceria
377 com os municípios e principalmente com o Ministério da Saúde, por conta não só dos repasses dos recursos do Ministério,
378 como da centralização de diversas compras de medicamentos na Assistência Farmacêutica, sobre os programas que tinham
379 implementado – medicamento em casa, ampliação de acesso a medicação de alto custo. Disse que em 2006 tinham saído de
380 um gasto de treze milhões de reais, para um gasto de cento e quarenta milhões de reais para o ano de 2012, o que represento
381 mais do que dez vezes do que se gastava, sem contar que tinham consumido de quatro a cinco milhões de reais por mês, só
382 com ações judiciais. Falou de um grupo especial, de uma patologia específica, que eram os pacientes portadores de
383 mucopolissacaridose, que consumia dezesseis milhões de reais ao ano, para vinte e um pacientes. Destacou que era preciso
384 dizer, para não estranharem, que o aumento da Assistência Farmacêutica, além de toda a assistência, não tinha implicado
385 necessariamente em aumento dos recursos de financiamento do Sistema Único de Saúde. Reforçou que o SUS com vinte e
386 dois anos que tanto fazia e tinha feito, iria continuar fazendo e precisava fazer muito mais pela população. Referiu também que
387 tinham tido uma retirada de cerca de sessenta bilhões de reais, com o fim do CPMF, com a ajuda inclusive de setores ali
388 citados, e que infelizmente aquele dinheiro não tinha sido reposto. Continuou, comentando que a Emenda Constitucional - EC
389 29 tinha sido aprovada em 2000 e regulamentada em 2011, se esperando um acréscimo de mais de sessenta bilhões
390 novamente para o Sistema Único de Saúde, mas não tinha acontecido nem vinte milhões. Prosseguindo, disse que o Sistema
391 Único de Saúde continuava crescendo – em serviços, em unidades, ampliando ofertas de serviços – e via-se um momento de
392 estrangulamento total de recursos, já que a sociedade ainda não tinha sido convencida de que se precisava de mais recursos
393 para a saúde. Comentou que a emenda popular de dez por cento do PIB para a Saúde era uma emenda de extrema
394 necessidade para o funcionamento do SUS, sendo a Assistência Farmacêutica um pouco daquilo também. Além de se
395 enfrentar uma problemática que era a luta entre duas academias de direito no Brasil, duas teses jurídicas que continuavam
396 paralelas e não se tocavam nem no infinito, o direito individual e o direito coletivo. Assim, precisava-se tirar dinheiro da
397 Farmácia Básica, do direito coletivo de ter medicamentos básicos, para se ofertar medicamentos de alto custo, medicamentos
398 ainda em experimentação que nem tinham registro no Brasil e eram obrigados a fornecer, senão o Secretário, ou qualquer um
399 deles, seria preso. Prosseguindo, disse que tinham que cumprir ações judiciais e eram obrigados a importar medicamentos que
400 ainda nem tinham seu registro no Brasil. Se não ofertassem se caracterizaria como não cumprimento de decisão judicial e por
401 isso mesmo a Justiça Brasileira ainda achava que o direito individual era superior ao direito coletivo, por isso podia faltar
402 medicamento na Atenção Básica. Então aquele era um debate extenso, que não iriam resolver naquele momento, mas que
403 faria uma apresentação mais estruturada, organizada, de como andava Assistência Farmacêutica na Bahia; e não dependia só
404 do Estado, mas sim da participação dos municípios e do Ministério da Saúde, para aquele componente do SUS, da garantia do
405 acesso ao medicamento, para adesão dos pacientes portadores de qualquer patologia ao tratamento, fundamental para o SUS
406 continuar salvando vidas e fazendo a sua assistência de forma integral, equânime e democratizada, regionalizada e
407 descentralizada que assim fizeram nas DORES. Destacou também o problema das tiras de glicemia, que todos os secretários
408 que ali estavam, todo gestor público, todo técnico de saúde das secretarias municipais, tinham passado por dificuldades
409 jurídicas enormes, com o problema da guerra de mercado para a venda das tiras de glicemia. Disse então que aquele era só
410 um processo de defesa, que tinha trazido só para dar uma idéia, porque era lógico que ninguém iria ler aquilo. Mas que era só
411 um dos nove processos dos recursos de toda a licitação que tinham tentado fazer das tiras de glicemia e que tinham estudado
412 uma forma de resolver aquela situação. Referiu que Sr. Lindemberg iria colocar uma proposta a médio prazo no âmbito do
413 Estado, do desenvolvimento tecnológico da Bahia, mas que não podia passar daquela informação, porque aquilo implicava em
414 sigilo industrial e naquela guerra de mercado, quando eles faziam isso, abriam as perspectivas e propostas do SUS; poderia
415 somar mais e mais ações judiciais para impedir que se quebre o monopólio de produção de alguns medicamentos de produção
416 e de algumas tiras, para que todos pudessem ter acesso. Enfim, arrematou dizendo que eram várias problemáticas, mas que
417 iria entrar no detalhe e no debate da parte da Política de Saúde, que gerava toda aquela dificuldade que estavam tendo, mas
418 que não poderia deixar de colocar que já tinham feito muito mais do que tinham encontrado. Entretanto, referiu que tinha uma
419 enorme consciência e humildade suficiente para entender que a construção do Sistema Único de Saúde ainda não estava
420 pronta e tinha muito a se fazer ainda, muito a conquistar com a participação de todos porque na verdade não havia ilusões
421 orçamentárias, nem financeiras, poderiam até ter muitas idéias, mas se não houver a confrontação da realidade com a
422 possibilidade da execução das políticas, não só com as idéias, não seriam capazes de fazer com que o avanço da saúde da
423 população se desse. Portanto, as idéias eram importantíssimas, as gestações das idéias, mas era preciso também pegar o
424 orçamento na ponta do lápis, calcular, programar, comprar, distribuir, entregar, administrar os medicamentos, ou qualquer ação
425 não sairia do papel do Plano de Saúde. Por isso não tinha nenhuma dúvida de que eles já tinham feito muito e ainda tinham
426 muito que fazer. Comentou ainda que se poderia voltar ao passado para entender o que tinha acontecido, mas nunca voltar ao
427 passado para fazer o que já tinha sido feito na Bahia, e se pudesse elencar – citou então a BAHIAFARMA – que tinha sido
428 fechada, todo o parque tecnológico, uma indústria que produzia medicamentos há quatorze anos e produzia muito e sabiam
429 quanto custava o parque tecnológico da BAHIAFARMA, destacando que, se fosse para comprar na atualidade, seria cerca de
430 vinte milhões de reais só para comprar os equipamentos, que foram todos sucateados, perdidos, relatando que só serviam
431 agora para se derreter aquele ferro e fazer outra coisa. Portanto, arrematou dizendo que tinha sido fechada uma fábrica que
432 andava bem, que produzia soro, medicamentos, distribuía para o SUS. E continuou dizendo que agora, com a BAHIAFARMA
433 tendo sido reaberta, tinham que fazer todo esforço, já havendo quatro medicamentos que seriam produzidos pela
434 BAHIAFARMA, em parceria com o Ministério da Saúde, a Cristália, a NOVART e a BIOCEN de Cuba, para serem distribuídos
435 para todo o SUS, a nível nacional. Reiterou que voltariam ao passado para ver os bons exemplos e registrou que construiriam
436 coisas melhores, mas não voltariam ao passado para os piores exemplos da história da saúde pública. Dr. Lindemberg, Diretor
437 da DAS/SAFTEC, falou que vinha de forma muito tranquila colocar aquela Política abordada por Dr. Alfredo Boa Sorte, como
438 ela vinha sendo desenvolvida, e quais ações vinham sendo desenvolvidas especificamente para ampliar o acesso e qualificá-
439 lo, comentando que todas as notícias ruins tinham um destaque muito mais forte diante das boas e que iria mostrar o
440 panorama de como vinha construindo, e em seguida passaria a palavra para a representante do Ministério da Saúde, para a

441 mesma falar um pouco do QUALIFAR-SUS, que se tratava de um programa do Ministério da Saúde, em parceria com os
442 estados e municípios. Dizendo tratar-se de um sumário rápido e que seria bastante objetivo no que iria colocar, citou como um
443 dos objetivos daquela Política, a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos, referindo-se aí à contrapartida
444 estadual e municipal, como a execução orçamentária era feita através de medicamentos da contrapartida estadual e referiu as
445 auditorias dos órgãos de controle que citavam a falta integral do cumprimento daquela Política, inclusive até pelo Ministério, em
446 alguns aspectos. Continuou abordando no sumário: a relação estadual de medicamentos essenciais e a contextualização da
447 qualificação do acesso; a rede Baiana de Farmácia Popular, um Programa que tinha começado no início do ano, focado em
448 Hipertensão e Diabetes, que também era contemplado na Assistência Farmacêutica Básica, numa parceria com as farmácias
449 privadas na distribuição de medicamentos gratuitos; Medicamento em Casa; Farmácia da Bahia; QUALIFAR-SUS. Destacou
450 que a Bahia era o quarto estado da federação que tinha uma Política através de um Decreto do Governador, o que era
451 importante porque dava estabilidade, independente do governo que entrasse para execução e ampliação daquela Política.
452 Abordou como diretrizes da Política: acesso com uso racional, ressaltando como uma das prioridades do governo a Farmácia
453 Popular. Destacou que hoje existiam dez farmácias populares em Salvador, vinte e sete municípios que distribuíam aqueles
454 medicamentos e o Estado complementava a Assistência Farmacêutica Básica através de uma rede organizada, com a
455 presença de dois profissionais farmacêuticos e com uma área estruturada. Afirmou que a rede de farmácia popular já tinha
456 mais de quinhentas farmácias em todo o Brasil, e sob gerenciamento estadual eram vinte e sete na Bahia, traduzindo-se em
457 crescimento exponencial importante. Falou também sobre a evolução dos dois Programas: um programa de governo, chamado
458 'Saúde não tem Preço', programa que tratava da hipertensão e diabetes, pois, tinham impacto importante na mortalidade e na
459 morbidade. Mencionou que, no período de 2007 a 2010, foram setecentos mil atendimentos nas vinte e sete farmácias,
460 destacando que aquilo traduzia como o Programa era importante na ampliação do acesso da população a medicamentos para
461 as duas patologias citadas. Pontuou sobre o outro Programa, que também era prioridade de governo, o Programa
462 'Medicamento em Casa', para o pagamento da contrapartida estadual, que tinha uma dívida de 40 milhões de reais na época e
463 acrescentou que seu objetivo é atender o planejamento familiar, hipertensão e diabetes. Assinalou como dado mais importante
464 que atualmente havia um quarto dos municípios baianos com Termos de Adesão assinados naquele Programa, ressaltando
465 que existia mais de 45 mil pacientes beneficiados no Programa e mais de setecentos profissionais das equipes de saúde da
466 família capacitados em hipertensão e diabetes, pelo Centro de diabetes e hipertensão, junto com a SAFTEC. Citou que no ano
467 em curso tinha havido mais de 109 mil remessas, sendo 24 mil remessas para 23 municípios acima de 50 mil habitantes, e a
468 grande maioria das remessas beneficiando os municípios menores, com menos do que 50 mil habitantes. Pontuou que o
469 elenco mostrado ali era o mesmo elenco, um pouco de variação para Atenção Básica; e mais de um milhão e trezentos mil
470 reais de medicamentos enviados por aquele Programa, tirando o custo de aproximadamente dois e meio milhões de reais do
471 contrato de logística com a empresa que distribui. Ao falar sobre o Programa de Assistência Farmacêutica Básica, registrou
472 que em 2006 havia um elenco onde o Estado distribuía 37 itens, crescendo para 162 itens em 2010, e no momento atual
473 representa 166 medicamentos do Programa distribuído pelo Estado, ou seja, quase cinco vezes mais do que atendiam em
474 2006. Registrou que o elenco do município e Estado condiz com a RENAME, condiz com a relação estadual de medicamentos
475 essenciais, 36 itens, vale salientar que tanto o município, quanto o estado podem adquirir esses itens e reiterou que houve uma
476 ampliação num percentual de 400% nas variedades de elenco. Exemplificou com a hipertensão, na área de cardiologia, que o
477 elenco possuía todos os medicamentos que qualquer país desenvolvido tinha, inclusive medicamentos sob patente. Colocado
478 isso falou sobre a execução do ano de 2012, e comentou que Dr. Alfredo Boa Sorte tinha colocado um dado importante, de que
479 havia um orçamento do mês que correspondia a aproximadamente 8 milhões de reais e que, se 4 milhões eram retirados para
480 compra de medicamentos em ação judicial, evidentemente que o fluxo de caixa do Estado não fechava. Continuando, disse
481 que aquilo vinha sendo sistemático, especialmente na área de oncologia, sendo o medicamento para o tratamento de câncer o
482 campeão, custando um milhão e meio por mês e que tinha que se comprar por determinação judicial. Falou então que o
483 Ministério, vendo aquele apelo, tinha incorporado aquele produto para serem distribuídos a partir de janeiro de 2013.
484 Exemplificou dizendo que, do valor devido de cinqüenta e sete milhões, setecentos e setenta e oito mil reais, tinham distribuído
485 – tanto de fonte federal quanto estadual – quarenta e quatro milhões de reais, correspondendo a oitenta e quatro por cento do
486 valor. Ressaltou que, do recurso federal: noventa e um por cento; e do recurso sobre gestão estadual, tinham distribuído
487 oitenta por cento até aquele mês. Relatou que, apesar das faltas, a execução orçamentária e o valor distribuído vinham
488 demonstrando que estavam cumprindo a contrapartida. O outro ponto importante tratado na tabela apresentada foi o
489 gerenciamento de aquisição, com a demonstração de que sessenta e dois por cento do valor das aquisições tinha sido na fonte
490 de recurso estadual, fonte 30; e na fonte federal, setenta e sete por cento do valor. Salientou que dois episódios tinham
491 marcado aquele ano: um tinha sido a greve da ANVISA e outro, a greve do Ministério da Saúde, atrasando em dois meses o
492 repasse do recurso, tanto para o alto custo quanto para a farmácia básica. Assinalou que, no caso do gerenciamento
493 municipal, os municípios, tanto os que eram fundo a fundo, quanto os que não eram, que estavam sob gerenciamento
494 estadual, referiu que a execução total tinha sido de 43%, do recurso federal 42% e no recurso da contrapartida do município
495 48%, no conjunto dos 417 municípios. Destacou também que a contrapartida estadual vinha sendo atendida trimestralmente os
496 municípios, apesar das dificuldades de logística do Estado e numa média de 90% dos municípios no trimestre, registrando uma
497 queda importante no primeiro trimestre, devido às dificuldades do final do ano. Ressaltou que tinha sido o único Estado da
498 Federação que havia colocado os indicadores do Pacto na avaliação da gestão, e referiu que, dos municípios do Estado, com
499 apenas 18% do total de 417 possuíam alvará sanitário. Referiu ser um Termo importante, o que ia de encontro ao Programa
500 Farmácia da Bahia, que contemplava exatamente uma área estruturada para armazenamento de medicamentos, não
501 adiantando comprar e colocar medicamentos sob condições de temperatura e de conservação inadequadas. Quanto ao
502 indicador 'Plano de Assistência Farmacêutica do município', apenas 51 apresentaram; e o indicador 'Comissão de Assistência
503 Farmacêutica e Terapêutica', salientou que, dos municípios acima de 50%, 44 tinham apresentado a Comissão. Seguiu
504 registrando que as diretrizes de estruturação, referindo entrar na fase final, tanto para a Farmácia da Bahia quanto para o
505 QUALIFAR-SUS, porém deixaria aquele ponto para que a representante do Ministério falasse sobre os processos que iriam
506 desenvolver para atender e melhorar a assistência farmacêutica nos municípios. Falou então sobre o uso da relação municipal
507 de medicamentos essenciais, aquisição de medicamentos com boa qualidade e preços acessíveis, registrando que tinha muita

508 falsificação de produtos que chegavam à porta do sistema e que se detectava através de auditoria sistemática, dizendo ser
509 muito importante na compra, pois tinha muita carga roubada no território brasileiro, especialmente na Bahia e salientou a
510 importância da modernização e da informatização. Destacou também o Sistema SIGAF e o HORUS que estavam negociando
511 com o Ministério da Saúde para, ou operacionalizá-lo, ou trocar para outro sistema. Falou de uma ação importante que a
512 Secretaria vinha desenvolvendo, que era o Termo de Adesão para a Ata de Registro de Preços do Estado, o que tinha
513 detectado a compra que os municípios pequenos executavam 800% mais cara, em comparação à compra do Estado e que,
514 evidentemente, a escala tinha que ser considerada naquela pactuação. Citou o Acordo do TCU nº 1459/2001 orientando os
515 governos estaduais a elaborarem registro de preços, com a finalidade de disponibilizar aos municípios e aquela
516 disponibilização estava sendo operacionalizada para que em janeiro de 2013 os municípios pudessem utilizar,
517 complementando a ação do Estado na oferta daquelas atas. Ressaltou a grande dificuldade de implantar o sistema, mas que já
518 estavam operando nos 417 municípios, 99,4% e 100% das unidades de dispensação de alto custo. Referiu outro investimento
519 de infra-estrutura, a CEFARBA, ressaltando se tratar de uma área nova, que tinham feito uma movimentação da CEFARBA
520 antiga, uma mudança e um investimento que ia ser complementado agora, pelo contrato de logística, o qual inicialmente seria
521 para atender aos hospitais, possibilitando aqueles atendimentos estendidos aos municípios *a posteriori*. Para mostrar a
522 capacidade de armazenamento, exemplificou o que tinham em 2009 e o que havia em 2012: de 700 m² de armazenamento –
523 com caminhão chegando na CEFARBA que compravam e não tinham onde armazenar – para 2.500 m², o que era importante
524 para ampliação e melhoria do atendimento ao município. Exemplificou que o volume físico mais o volume financeiro, que tinha
525 capital empatado no almoxarifado, e aquela dinâmica de atendimento era muito importante para que se desse ao Estado o
526 fluxo de caixa adequado, referindo que em 2009 eram 31 e hoje havia um volume financeiro movimentado anual de 61 milhões
527 de reais. Reiterou que houve a ampliação do atendimento, dos horários e de financiamento. Finalizou falando do Programa
528 Farmácia da Bahia que com aqueles modelos das farmácias, trabalhavam no sentido de não só adquirir, mas também dar
529 qualidade ao atendimento e qualificar a assistência farmacêutica. E destacou que aqueles modelos de farmácia tinham o
530 objetivo de fortalecer o processo de reestruturação do serviço farmacêutico, através de uma proposta integradora, não só do
531 incentivo financeiro, mas também do apoio técnico e científico para o desenvolvimento das ações da assistência farmacêutica
532 no Estado da Bahia. Reforçou que não adiantava só comprar, apesar de ser muito importante, mas qualificar o acesso também
533 era muito importante. Mencionou que o critério de inclusão de município tinha sido o mesmo critério que a apoiadora do
534 Ministério da Saúde iria mostrar, que eram municípios de baixo IDH inicialmente, mas principalmente aqueles de baixa
535 densidade populacional. Referiu ainda como objetivos: qualificar a gestão; otimizar os recursos para aquisição de
536 medicamentos; monitorar os estoques; e qualificar o atendimento aos usuários, através de programas de adequação em
537 saúde. Informou quanto à situação atual que havia 50 municípios eleitos para adesão ao programa, 36 com convênios
538 assinados e 11 em obras iniciadas, sendo os 11 que estavam ampliando à medida que os municípios se adequassem. Assim,
539 passou para o **ponto Apresentação do programa QUALIFAR-SUS** e convidou a colega do Ministério da Saúde, Sra. Jocélia,
540 para colocar quais os municípios e o que ia ser desenvolvido até o final. Sra. Jocélia, apoiadora do MS, representante em
541 Salvador, falou que já tinha feito uma pequena apresentação do que era o Programa, e que era representante do MS, mas que
542 era descentralizada, ficando, portanto, em Salvador; e prosseguindo, informou que o MS estava buscando uma atuação mais
543 efetiva no Estado para a implantação do Programa, porque eram 54 municípios contemplados, mas o Estado tinha 308 e que
544 então teria muito trabalho para sua implantação porque começava com 54, mas no próximo ano ia aumentando
545 gradativamente, 20% ao ano. Mencionou a Portaria Nº 1214, que instituiu o Programa QUALIFAR-SUS. Assinalou que, como Dr.
546 Lidemberg tinha falado, precisava se fazer a qualificação da assistência farmacêutica no SUS e que não era só na Bahia, mas
547 em todo o Brasil e que o QUALIFAR-SUS era um programa que contemplaria todo Brasil, e só na Bahia seriam 308 municípios,
548 referindo que o Estado tinha o maior número de regiões de extrema pobreza de todo o Brasil. Falou que o Programa contaria
549 com alguns eixos, registrando-os: o eixo estrutura, educação, informação e o cuidado e que iria abrir rapidamente o eixo
550 estrutura, que era o que estavam iniciando agora, num trabalho com a Bahia e que falaria daquele eixo estrutura com maiores
551 detalhes no dia 20/11, tendo solicitado aos municípios virem neste dia em companhia dos farmacêuticos responsáveis pelos
552 municípios que vão estar implantando o QUALIFAR-SUS, em conjunto com o Departamento de Assistência Farmacêutica e
553 Secretaria da Saúde. Referindo-se ao eixo educação, disse já haver alguns cursos de capacitação pensados, como o APS
554 e alguns outros como o curso de EAD HORUS que fazia a capacitação para implantação do sistema. O Eixo informação, além do
555 formulário terapêutico e da RENAME, assinalou que estavam criando uma base de dados nacional de assistência farmacêutica
556 que iria se interligar a todo o sistema de gestão de controle de estoque, de gestão da assistência farmacêutica para
557 estruturação do serviço. Então referiu que o que iria acontecer em todo o Brasil, comentou que alguns estados já possuíam o
558 HORUS, então este interligava diretamente à base de dados. Entretanto, no caso dos municípios que tinham SIGAF ou outro
559 sistema de informação iam precisar interoperar a partir de uma WEB Service. Arrematou dizendo que já tinha a minuta
560 aprovada, mas ainda não foi divulgada a Portaria e a qualquer momento sairia a Portaria e eles estarão divulgando. Falou que
561 o eixo cuidado ainda não tinha sido aberto, mas pretendiam fazer realmente o cuidado na atenção, porque o profissional
562 farmacêutico não conseguia dar conta da demanda de trabalho *in loco*, e o cuidado sempre ficava para depois. Estava
563 pensando em como o profissional farmacêutico se dedicaria mais ao cuidado à saúde, com a equipe multiprofissional na
564 atenção básica. Registrou que a Portaria tinha regulamentado o repasse de recurso financeiro e trouxe também os critérios
565 elegíveis para participação dos municípios selecionados e que, com base naquilo, já tinha havido o repasse e os 54 municípios
566 já tinham sido contemplados com o repasse do recurso financeiro. Prosseguiu discorrendo que aos municípios com população
567 de até 25.000 habitantes de recursos de investimento foram repassados onze mil e duzentos reais; para os municípios de 25 a
568 50 mil habitantes foram repassados vinte e dois mil e quatrocentos reais; para os demais, trinta e três mil e seiscentos reais,
569 referindo achar que na Bahia só um município tinha ficado com um repasse de vinte e dois mil e quatrocentos reais, e os
570 demais com onze mil e duzentos reais. Salientou que o recurso de investimento ia ser direcionado para compra de
571 equipamentos e mobiliários, para fazer a estruturação de assistência farmacêutica; e que o recurso de custeio era um recurso
572 destinado à conectividade, então o gestor municipal ia poder utilizar, direcionar o recurso para aquilo, o de custeio em
573 específico, e para contratação do profissional farmacêutico se houvesse necessidade, ou para implementação de salário
574 daqueles profissionais que trabalhavam com a assistência farmacêutica no município, podendo ser o técnico que estivesse

575 apoiando o farmacêutico na unidade básica de saúde, o técnico do CAF, então arrematou dizendo que o gestor, junto com o
576 farmacêutico responsável pelo QUALIFAR-SUS decidiram aquilo. Relatou que tinha trazido alguns dados do território nacional
577 e que na Região Nordeste, dos 856 inscritos no processo seletivo, 260 tinham sido selecionados. Na Bahia, naquele primeiro
578 momento, dos 308 municípios, 246 tinham se inscrito e 54 tinham sido selecionados, trazendo naquele ponto, um pouco da
579 estratégia que o MS junto com os parceiros estava construindo para fazer o processo de implantação daquele Programa.
580 Noticiou que tinha um instrutivo técnico que já estava disponibilizado na rede, sugerindo que todos acessassem a página
581 www.saude.gov.br/qualifarsus e lembrou a oficina, já marcada para o dia 20/11, a ser realizada em parceria com o COSEMS-
582 Bahia e com a Secretaria de Estado da Saúde – DASF. Expôs que estava trazendo um pouco do manual de orientação
583 técnica, o qual estava disponível na rede e que o manual trazia um pouquinho sobre o QUALIFAR-SUS, o processo de
584 estruturação, a prestação de contas, o E-CARD, monitoramento. Reiterou que tudo estava disponível no site e noticiou que o
585 E-CARD era uma ferramenta que ela iria explicar no dia 20, junto com uma equipe do MS. Informou ser o Sr Rafael o técnico
586 para a realização da oficina para os municípios e para os farmacêuticos, destacando que ele fazia um controle,
587 acompanhamento e avaliação de resultados e tinha um perfil de visualizador, aonde os três entes federativos iam estar
588 podendo visualizar de que forma o município estavam implementando o que chamavam de plano de trabalho, de que forma ele
589 estava construindo aquele plano de trabalho, com duas fases e dois ciclos, o primeiro, com os municípios fazendo o
590 diagnóstico da assistência farmacêutica; e dentro daquele ciclo, a segunda fase, com o município fazendo o cadastro no E-
591 CARD. Mostrou as ferramentas que já estavam disponíveis. Mostrou também a página de acesso e reiterou mais uma vez o
592 convite para o dia 20/11/12, naquele mesmo local e deu o seu contato para quem precisasse. Dr. Raul Molina agradeceu e
593 passou a palavra para Dra. Stella Souza – COSEMS, porém Dr. Alfredo Boa Sorte pediu a palavra para fazer um parêntese
594 quanto a uma questão, antes da discussão, pois só queria complementar a apresentação de Dr. Lindemberg, referindo que
595 tanto o Programa Farmácia Popular, quanto o Programa Farmácia da Bahia, Políticas desenvolvidas pela Secretaria da
596 Saúde/SAFTEC-DASF, que teriam sua execução e operacionalização pela BAHIAFARMA, através de um contrato de gestão
597 firmado entre a SESAB e a BAHIAFARMA, a qual estaria se inserindo no processo de assistência farmacêutica no Estado,
598 operacionalizando as duas Políticas definidas pela Secretaria. Dra. Stella Souza – COSEMS – agradeceu e parabenizou o
599 Superintendente, Dr. Alfredo Boa Sorte e ao Diretor, Dr. Lindemberg, comentando que ambos eram atenciosos e que os
600 municípios cobravam muito e pediam ajuda, porque também eram cobrados e também precisavam de ajuda. E finalizou
601 fazendo um pequeno resumo do apresentado pelo Dr. Lindemberg, dizendo que o exemplo do Estado tinha muito a ver com o
602 que acontecia com o município, que não era diferente e a história se repetia – não em termos dos milhões, que eram
603 proporcionais - pois nos municípios também havia muitas demandas judiciais, com valores que não davam conta na atualidade
604 e tinham que tirar recursos, como o que Dr. Alfredo Boa Sorte tinha falado, referindo-se ao direito coletivo e o individual, e na
605 verdade aquilo não era visto; e um município com 10.000 habitantes, que recebia um recurso muito pequeno de assistência
606 farmacêutica, com uma demanda judicial para comprar um medicamento de quinze mil reais para um paciente, aquele valor
607 não era nem o valor mensal de medicamento do município; assim, falou com Dr. Alfredo Boa Sorte que aquela era a realidade
608 e tinham que atender também; e achava que aquele espaço era importante para apresentar as dificuldades e verem em que pé
609 estavam para que se fortalecessem e também se tentasse modificar aquela história perversa e má que estava acontecendo
610 com eles. Porque, além da questão dos recursos, havia outros problemas, e deu um exemplo da sinvastatina, medicamento
611 que a SESAB não tinha conseguido disponibilizar para eles naquele ano. Sra. Stela Souza ressaltou que apesar de estar claro
612 o motivo, em relatório técnico do laboratório constando que uma matéria prima estava em falta e por isso não estavam
613 produzindo o medicamento, o paciente-usuário não queria saber daquilo. Ressaltou que a CIB era um espaço para discussão e
614 busca de solução; comentou também que esteve buscando várias vezes informações quanto às tiras de glicemia, sabendo do
615 histórico, salientando que um dos processos não era - se referindo a Dr. Alfredo Boa Sorte – porque ocorria a licitação em
616 vários municípios, mas também o processo da administração pública e que não poderiam estar com falta daquelas tiras, mas
617 infelizmente, pelo processo legal público, era de direito do fornecedor embargar e a população sofrendo; mas que o laboratório
618 não queria saber, sendo aquilo um grande entrave e por isso que tinha sido importante trazer a informação para a CIB, que era
619 importante buscar a informação, como tinha sido buscada para apresentar à Diretoria do COSEMS. Que então, hoje tinha a
620 certeza de que tanto havia problemas no Estado quanto no município, havia problema de execução na contrapartida dos dois
621 lados e os municípios tinham grandes dificuldades. Salientou que Dr. Alfredo Boa Sorte tinha colocado aquilo em uma das CIB
622 e reiterou que os municípios tinham dificuldades da contrapartida da assistência farmacêutica, que gestores e secretários
623 municipais têm tido grandes dificuldades com as Secretarias de Finanças em mostrar ser aquele um recurso que era
624 obrigatório e então eles, os secretários, sabiam que era muito difícil de ser cumprido, que entrava ano e saía ano e não
625 completava 100%. Concluiu dizendo que não poderia deixar de agradecer a eles por terem trazido uma solicitação que já
626 vinham chamando há muito tempo, e questionou aos Senhores Lindemberg e Alfredo Boa Sorte sobre o que tinha sido
627 pactuado no ano 2010, quanto à utilização dos recursos para estruturação de farmácias e que não estava avançando, que na
628 verdade tinha parado; ressaltou que tinham parado com aquele processo e que poderiam retomar àquela Resolução, e verem
629 o que poderia ser feito para o ano 2013, se poderiam avançar naquela estruturação; falou que já tinham o QUALIFAR-SUS,
630 que vinha ajudando os municípios sem miséria no Brasil e na Bahia 54 municípios tinham sido contemplados. Continuou,
631 dizendo que aquele Programa vinha para a estruturação da Assistência Farmacêutica, das farmácias dos municípios; falou do
632 Programa Farmácia da Bahia, que havia contemplado também os municípios, sendo capaz de um mesmo município ter sido
633 contemplado duas vezes. Pontuou que era preciso vê porque a proposta do Brasil sem miséria era importante, mas referiu que
634 todos estão nesta linha hoje, e na saúde as dificuldades financeiras se davam para todos. Salientou que era hora de rever
635 aquilo, porque não dava para o mesmo município receber dois investimentos enquanto os outros não recebiam nenhum, e
636 assim poderiam reavaliar aquilo e voltarem à questão da Resolução de 2010, para verem o que podiam fazer a respeito da
637 estruturação das farmácias dos seus municípios. Dr. Raul Molina abriu para questionamentos com relação à Assistência
638 Farmacêutica, informando ter sido solicitação de pauta por várias vezes e que Dr. Alfredo Boa Sorte e Dr. Lindemberg estavam
639 prontos para responderem o que fosse necessário. Sr. Atalito Batista, representante do Movimento Social, falou que, mesmo
640 com o Programa de Saúde na Família e da Farmácia, não tinha remédio nos Postos de Saúde para a população. Comentando
641 que a Sra. Estela Souza tinha falado em dificuldade, questionou que dificuldade era aquela, se havia desvio de dinheiro –

642 milhões – como é que havia dinheiro desviado e não tinha dinheiro para a Saúde? Finalizando, disse que gostaria de entender
643 aquilo. Dr. Raul Molina passou a palavra para o Sr Secretário, Dr. Jorge Solla, que comentou que, por questão de ordem,
644 estavam na reunião da Comissão Intergestores Bipartite e não queria constranger ninguém, nem criar nenhuma dificuldade,
645 que uma coisa era abrir exceção, mas se certas coisas se sucediam muito ficava difícil, esclareceu para que as pessoas
646 entendessem que ali não era uma reunião aberta, onde o espaço de debate era para qualquer pessoa; ali era uma reunião de
647 Secretários Municipais de Saúde, com representantes da Secretaria Estadual, mas aproveitava para esclarecer ao
648 companheiro que devia dirigir a sua reclamação à Secretaria Municipal de Saúde do Município onde o companheiro residia
649 porque não adiantava relatar crítica generalizada, pois não ia contribuir, mas que o mesmo deveria ver qual era o problema,
650 procurar o Secretário de Saúde correspondente e apresentar sua queixa. Em seguimento à reunião, Dr. Raul Molina convidou
651 Dr. Lindemberg que, não tendo mais o que acrescentar, passou então a palavra para o Senhor Coordenador dar continuidade
652 à reunião. Este convidou Dr. Ricardo Heinzelmann, Diretor da Atenção Básica, para apresentar o item **1.1 Política Estadual da**
653 **Atenção Básica**, que iniciou parabenizando Dr. Raul Molina e Sra. Stela Souza e falando que finalmente estava trazendo para
654 apresentar à CIB a Política Estadual de Atenção Básica consolidada, que era uma grande vitória no SUS da Bahia, ainda que,
655 na prática já estivessem exercitando desde o ano de 2007, mas faltava documento com uma potência de um Decreto do
656 Governador, o que ia acontecer com aquela Política a partir de então. Abordou a situação atual da Atenção Básica na Saúde
657 da Família no Estado, trazendo alguns dados de cobertura de Saúde da Família – 63% de cobertura – com 2826 equipes e
658 1986 equipes de saúde bucal, alcançando a razão de sete décimos o número de equipes de saúde bucal para o de equipes de
659 saúde da família, razão que vinha se ampliando; e que a meta e o sonho deles era chegar a uma equipe de saúde bucal para
660 cada equipe saúde da família e 84,5% de cobertura de Agente Comunitário da Saúde – ACS, com 26.230 ACS e 174 Núcleos
661 de Apoio à Saúde da Família – NASF, ficando a Bahia como o segundo estado do País com o maior número de NASF.
662 Informou que a Bahia estava, portanto, bem à frente e com 32 Unidades Odontológicas Móveis. Chamou atenção na tabela
663 apresentada que a Bahia era o Estado do Nordeste que mais tinha crescido na cobertura de Saúde da Família no período de
664 2006 a 2011, ampliada em 33,8%, sendo que a média brasileira tinha sido de 14,6% e a do Nordeste de 12,9%. Dessa forma,
665 salientou que o Estado da Bahia tinha se destacado muito naquele processo, superando o histórico do Governo anterior até
666 2006, de uma baixíssima cobertura, e eles estavam com mais rapidez, superando aquele processo. Colocou que a diferença de
667 ampliação da cobertura tinha se dado atendendo ao fator de equidade, nos lugares que mais necessitavam; então – mostrando
668 a tabela – percebiam, por exemplo, que as Regiões Norte e Oeste do Estado tinham crescido e ampliado a cobertura da Saúde
669 da Família em 60%, o que era significativo porque havia regiões, como a Extremo Sul, com 80% de cobertura e a Leste
670 infelizmente ainda estava com 23% de cobertura, por conta principalmente do Município de Salvador. Apresentou, para ilustrar
671 as diferenças, nos mapas em vermelho, os municípios com até 30% de cobertura; na cor amarela, 30% a 50%; na cor verde,
672 de 50% a 70%; e em azul, acima de 70% de cobertura de Saúde da Família. Comentou como havia mudado o mapa da Bahia,
673 de 2006 a 2012, havendo já um grande número de municípios com mais de 70% de cobertura de Saúde da Família, que era o
674 recomendado pelo Ministério da Saúde; logo, estavam caminhando, fazendo orientações, ajudando financeira e tecnicamente
675 aos municípios naquele processo. Referindo-se à Saúde Bucal, mostrou que tinha havido uma ampliação significativa, com
676 aumento de 41,3% na sua cobertura, saindo de 31% para 44,9%, também com regiões como a Norte do Estado com ampliação
677 de 71% de cobertura; mostrou então no mapa, os municípios em azul, com mais de 70% de cobertura de saúde bucal. Com
678 relação à distribuição do NASF, apresentou na tabela que já estava presente em todas as macrorregiões e precisava avançar
679 mais na Região Oeste. Em seguida apresentou alguns dados de cobertura quanto aos processos de trabalho das equipes e a
680 proporção de nascidos vivos de mães com sete a mais consultas de pré-natal, observando que a Bahia tinha alcançado um
681 incremento de 26%, a Região Nordeste, de 17,8% e a média nacional de incremento tinha sido de 9,9%; e que ainda em 2012
682 iam finalmente alcançar, pela primeira vez, a meta recomendada pelo Ministério, de 45%, porque no ano passado tinha sido
683 44%. Continuando sua apresentação, mostrou que, quanto à cobertura da vacina tetravalente, todos os anos a Bahia vinha
684 conseguindo atingir a meta de 95% e a redução ali apresentada era uma redução técnica. Referiu que muitos dos presentes
685 tinham participado de algumas oficinas regionais e levado o documento com as diretrizes daquela Política para os espaços de
686 gestão, o PPA participativo e a 8ª Conferência Estadual de Saúde, todos os eventos apresentando os informativos da DAB com
687 elementos da Política, que constavam no PPA e no Plano Estadual de Saúde. Falou que se tratava de um documento base e
688 claro, colocado para poderem ter como norte daquela Política e informou que no mês de março ou maio tinha sido aprovada a
689 Resolução número 85, com as suas diretrizes; que toda a Política nascia a partir dali, estando com suas ações em andamento
690 e finalmente se consolidando. Informou ser um documento extenso e não seria apresentar e que o COSEMS já havia recebido
691 e feito a análise, com as suas contribuições. Colocou que o mesmo tinha dez capítulos e que ia mostrar rapidamente somente
692 os principais, em alguns slides, até por conta do horário. Passou então a mostrar as disposições gerais, fundamentos e
693 diretrizes da Atenção Básica, do primeiro capítulo, trazendo, desde o território ao distrito: possibilitar o acesso universal e
694 contínuo às adscrições de usuários; o desenvolvimento da integralidade das ações programadas e o atendimento à demanda
695 espontânea; o estímulo à participação dos usuários no tratamento dos desiguais, buscando por justiça social e fomentar a
696 implantação dos Conselhos Locais de Saúde, tendo a regionalização como estratégia de busca de equidade; coordenar o
697 cuidado e ordenar as Redes. Concluiu a apresentação do slide, reforçando que aqueles eram os princípios básicos dos
698 fundamentos da Atenção Básica. Em seguida passou aos eixos estruturantes da Política: financiamento; gestão democrática;
699 apoio institucional; comunicação e informação; educação permanente; avaliação e monitoramento. Reforçou que os eixos iam
700 operacionalizar cinco grandes frentes de ação: vínculo, provimento e fixação de trabalhadores da Atenção Básica, ressaltando
701 que a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores era um grande desafio à gestão solidária; o fortalecimento regional da
702 Atenção Básica; a qualificação da Atenção Básica; avaliação e monitoramento; e o financiamento, baseado em equidade e
703 qualidade. Falou, em relação à gestão solidária e ao fortalecimento regional da Atenção Básica, que a incorporação do apoio
704 institucional, no âmbito estadual, regional e municipal, tratou-se da forma de criação de vínculo, co-responsabilização e
705 longitudinalidade no acompanhamento; que, como era do conhecimento dos presentes, a participação dos apoiadores nos
706 diversos espaços locorregionais de tomadas de decisões já estava acontecendo, com os apoiadores da DAB e das DIRES
707 atuando nas CIR e em muitos municípios. Continuando, disse que o apoio institucional fomentava a constituição de colegiados
708 regionais e que aqueles colegiados já estavam acontecendo em muitas regiões; que reuniam mensalmente os coordenadores

709 da Atenção Básica, falando da valorização social, porque sem dúvida em 2012 a Atenção Básica estava muito mais presente
710 nos debates do que em 2006, então, o que vinha acontecendo era fruto daquela Política. Informou que a distribuição dos
711 apoiadores institucionais era por macrorregião, sendo hoje cerca de 40 apoiadores sanitaristas da DAB atuando naquelas
712 regiões. Passou a falar sobre Educação Permanente, como um sub componente da frente de ação da qualificação da Atenção
713 Básica, que contava principalmente com a parceria da Superintendência de Recursos Humanos, das suas Escolas – se
714 dirigindo à Professora Telma – e destacou que, para desenvolver aquele trabalho e ação, era fundamental a parceria com as
715 Instituições de Ensino Superior, a Fundação Estatal, o COSEMS e o Ministério da Saúde. Ressaltou como desafio da Política
716 com relação à Educação Permanente, que aqueles cursos e ações não fossem mais pontuais, mas uma oferta regular do SUS,
717 se tornando premente então ofertarem aquele leque de ações de educação permanente para os trabalhadores e gestores do
718 SUS-Ba, incluindo-se aí o curso de especialização em Saúde da Família e de gestão da Atenção Básica, as residências, o
719 mestrado profissional, o acolhimento pedagógico, equipes de oficinas regionais e atividades diversas de qualificação em
720 educação permanente; citou o TELESSAÚDE e os encontros regionais, e a mostra Estadual de Saúde da Família também
721 como ações de educação permanente. Colocou que no segundo sub componente da frente de qualificação do processo de
722 trabalho no âmbito da gestão e do cuidado, estava o desafio de ter a Atenção Básica como Coordenadora das Redes e passou
723 a citar as cinco redes prioritárias: Rede materna e infantil; Rede de atenção às urgências; Rede de atenção psicossocial; Rede
724 de cuidados à pessoa com deficiência; Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. Citou também a Saúde Bucal no
725 processo como ação transversal a todas as redes, com a parceria da Diretoria de Gestão do Cuidado – e sinalizou a presença
726 da Diretora, Sra. Liliane. Pontuou também a interlocução da Saúde Bucal com os CEO e Laboratórios de Prótese Dentária –
727 LPD. Prosseguindo, se referiu à necessidade do aprimoramento das ações da atenção básica para darem conta da Política de
728 Atenção à Mulher, que ia muito além do âmbito da Rede Cegonha, como o atendimento às mulheres em situação de violência
729 e abortamento, com câncer de mama, de colo do útero, entre outras situações. Discorreu também sobre as ações de
730 integração de vigilância à saúde, em um processo muito aprofundado que vinha acontecendo, bem como a discussão sobre as
731 especificidades étnico-raciais, as necessidades da população segundo o território e as diversidades de gênero, cultura, raça,
732 opção sexual e vulnerabilidade social e econômica. Abordou como exemplo uma grande ação, a Política de Atenção à
733 População Negra, que tinha sido aprovada recentemente pelo CES e pela CIB, falando que a Atenção Básica era um
734 importante componente naquela Política. Comentou que as corporações das práticas integrativas e complementares não
735 queriam uma Atenção Básica praticando apenas a lógica biomédica, queriam uma Atenção Básica que trouxesse outras
736 racionalidades da saúde, no seu cotidiano e no seu cuidado. Falou da qualificação da assistência farmacêutica no âmbito da
737 Atenção Básica visando à ampliação do acesso e o uso racional de medicamentos. Lembrou que tudo aquilo tinha sido pauta,
738 que a maior parte era debatida na interface com a Atenção Básica e que iam aprofundar aquele processo. Citou ainda o apoio
739 às ações intersetoriais, principalmente o Programa Saúde na Escola e o Programa Bolsa Família. Passou ao terceiro sub-
740 componente da frente de ação e qualificação da Atenção Básica, a qualificação da infraestrutura para o qual o Governo do
741 Estado tinha um programa estadual de construção de unidades, que ia, além de construção de unidade, ajudar financeiramente
742 os municípios para reforma e ampliação de unidades, aquisição de equipamentos e insumos e que, a partir de 2013, ajudarão
743 também os municípios na construção das chamadas unidades satélites; e comentou sobre o município de Vitória da Conquista
744 – sinalizando a presença da Secretária, Sra Viviane – que já tinha uma experiência exitosa naquele sentido, lhes inspirando
745 para ajudar a financiar também unidades satélites, que eram aquelas unidades de apoio à Estratégia de Saúde da Família para
746 ajudar no cuidado das populações em áreas rarefeitas e em áreas rurais. Abordou sobre a informatização de todas as
747 Unidades Básicas do Estado. Prosseguindo sua fala, colocou que a frente de ações de provimentos e fixação dos
748 trabalhadores na Atenção Básica do SUS abrangia desde o estímulo à despreciação de vínculos, à criação de carreiras,
749 tendo a Fundação Estatal como alternativa e estratégia de criação de carreiras. Mas que hoje não ficava apenas nas questões
750 da Fundação Estatal, por isso eles precisavam consolidar também o processo que tinham construído em relação aos agentes
751 comunitários de saúde, avançando para a linha da despreciação, já tendo sido feita a criação das carreiras municipais de
752 ACS bem como para a despreciação dos trabalhadores de nível médio. Passando ao Financiamento, falou que visava
753 reduzir as iniquidades no Estado e priorizar a expansão, consolidação e qualificação da Estratégia e a idéia era, a partir do
754 próximo ano, trabalharem com um financiamento diferenciado e não terem mais a idéia de todos os municípios recebendo o
755 mesmo valor de incentivo estadual por equipe, mas sim valorizar as iniquidades, os municípios mais pobres iam receber mais,
756 bem como aqueles que cumprissem as metas, o fator de qualidade como metas do Pacto. Reforçou que trabalharão então com
757 os dois fatores - iniquidade e qualidade - como fatores definidores da lógica de distribuição do recurso financeiro referente ao
758 incentivo estadual da Bahia; e informou o investimento na Atenção Básica do Estado na parte de infra-estrutura. Passou em
759 seguida para a última frente de ação, o Monitoramento e a Avaliação da Atenção Básica, com incorporação e disponibilização
760 de novas tecnologias que permitam o acompanhamento geo-referenciado de indicadores e serviços de saúde, o
761 acompanhamento dos indicadores com maior interface com a Atenção Básica, a divulgação de cadernos de avaliação e o
762 monitoramento da Atenção Básica a partir dos indicadores do SIAB, Pacto pela Vida, ID-SUS e PMAQ. Colocou que a partir do
763 último trimestre do ano o Estado da Bahia já iria assumir o monitoramento, começar a lançar os boletins estaduais de forma
764 rotineira, com um boletim estadual e um boletim para cada macrorregião. Falou que será lançado um quadro mensalmente e
765 também a incorporação, no âmbito estadual e municipal, da avaliação e do monitoramento como rotina da gestão. Mostrou um
766 exemplo do geoportal, que para muitos gestores municipais já estava funcionando e a partir de então só iam aperfeiçoar mais.
767 Colocou que a partir da avaliação podiam estabelecer a proporção de nascidos vivos de mães com sete a mais consultas de
768 pré-natal no mapa da Bahia, podiam acessar a série histórica dos municípios e fazer comparações entre regiões sendo, então,
769 um instrumento muito potente para os gestores municipais e estaduais e que poderão ver como estava no âmbito da região.
770 Informou que, quanto às responsabilidades que cabiam à Secretaria Estadual e à Secretaria Municipal de Saúde, por tratar-se
771 de um documento muito extenso, não poderia apresentar tudo, reiterando que, contudo, o COSEMS já tinha feito análise e
772 trazido contribuições que tinham sido incorporadas previamente ao documento, estando ali só sinalizando o que chamava mais
773 atenção, por conta do tempo. Ressaltou que falaria do Grupo de Trabalho Interinstitucional - GTI depois. E passou a pontuar
774 algumas diretrizes fundamentais que competiam às secretarias municipais de saúde: primeira diretriz, a lógica do apoio
775 institucional, para os municípios darem o apoio institucional a suas equipes de Atenção Básica, a mesma lógica do Estado,

776 para que os municípios possam fazer com as suas equipes; terem apoiadores que possam acompanhar as suas equipes de
777 Atenção Básica, e sugeriu a proporção de um apoiador para cinco equipes. Continuou, citando também, como diretrizes para
778 os municípios, a incorporação do monitoramento e avaliação e a oferta da educação permanente, como ações importantes da
779 gestão municipal. Comentou que a Coordenação da Atenção Básica ia dedicar capítulo específico apenas para a Coordenação
780 Municipal da Atenção Básica. Chegando ao slide da Unidade Satélite, solicitou que passasse por já ter falado um pouco do que
781 seria e prosseguiu dizendo que, para a organização e o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, sinalizaria e
782 detalharia melhor o funcionamento do acolhimento pedagógico, do Telessaúde, dos núcleos de apoio à saúde da família e
783 saúde bucal. Ressaltou que iriam remeter aqueles assuntos a documentos específicos de todas aquelas políticas, que então, o
784 Decreto apresentava uma visão ampla e o NASF, Saúde Bucal, teriam uma documentação específica, com um detalhamento
785 maior do Telessaúde. Chamou atenção que a DAB tinha feito uma pesquisa que mostrou que não existiam publicadas, por
786 parte de nenhum Estado do Brasil – ao seu conhecimento – diretrizes estaduais para descrever o papel do Coordenador da
787 Atenção Básica e que, com aquele documento, talvez se estivesse criando uma grande referência para o SUS-Brasil, sobre o
788 papel desenvolvido por aquele ator tão importante para o município, o coordenador municipal da Atenção Básica; disse que
789 aquele trabalho tinha sido um fruto do trabalho dos apoiadores, em conjunto com os municípios, dialogando e buscando saber
790 a função que cada um exercia e daquela maneira tinha se conseguido construir um documento com quase trinta funções,
791 detalhadas naquele documento. Dando continuidade à sua fala, citou o capítulo que dizia respeito ao Núcleo Regional de
792 Educação Permanente da Atenção Básica, também uma parte muito extensa da Política, numa grande parceria que estava por
793 dentro da Política Estadual de Atenção do Trabalho e Educação na Saúde, sendo aquela uma ação que estava sendo
794 desenvolvida com maior magnitude em algumas regiões, mais timidamente em outras regiões, mas que se daria muita ênfase
795 em 2013 para aqueles núcleos se desenvolverem ainda mais. E abordando o último capítulo da Política, que tratava da co-
796 gestão, comunicação e transparência, salientou que todas as ações e atividades voltadas para a implementação da Política
797 Estadual estariam publicizadas mediante o sítio visual do site da DAB, além da publicação de informativos, boletins eletrônicos,
798 impressos e por meio das redes sociais, a exemplo do twitter e do facebook, sendo que as redes sociais estavam sendo
799 utilizadas, de forma tímida, mas que a partir de 2013 haveria uma presença grande da Atenção Básica nas redes sociais e
800 também na produção de boletins eletrônicos, informando que será publicado anualmente o Relatório Anual de Gestão da
801 Atenção Básica, não na forma de documento burocrático extenso, com uma linguagem técnica apenas, mas numa versão com
802 uma linguagem de fácil acesso, para ser encaminhado também para os conselheiros municipais, a sociedade civil, os
803 profissionais de saúde; além de estabelecer também a conformação, em que será colocado um documento da Atenção Básica
804 dos colegiados microrregionais. Ressaltou que será um avanço, que a idéia era tratar a Atenção Básica não como um objeto da
805 Diretoria de Atenção Básica da Bahia, mas como fruto de responsabilidade de todos que atuam no SUS-Bahia e por isso se
806 criou um Grupo de Trabalho Interinstitucional – GTI da Atenção Básica que tinha a participação da DAB, de outras diretorias da
807 SESAB que fazem interface com a Atenção Básica, das representações dos Conselhos, do COSEMS, da Fundação Estatal, do
808 Ministério da Saúde e do Conselho Estadual de Saúde, salientando que tinham sido selecionados os representantes dos
809 usuários para atuarem também naquele GTI, o qual iria se reunir periodicamente para acompanhar a implementação do que
810 estava sendo aprovado naquela reunião, pois a idéia não era ficar no papel, era acompanhar permanentemente, mensalmente,
811 ação por ação, se estava ou não sendo executada e o porquê; portanto, o COSEMS teria um papel essencial naquele
812 processo, fornecendo uma grande contribuição no acompanhamento permanente, todos os meses, do que estava
813 acontecendo, para que os ajustes que fossem sendo necessários pudessem ser trazidos à CIB, criando uma conformação
814 importante. Mencionou a idéia dos encontros regionais da Atenção Básica que se quer promover com maior regularidade e o
815 compromisso com a realização da Mostra Estadual de Saúde da Família em 2013, sendo uma nova Mostra Estadual de Saúde
816 da Família, em que serão recebidos todos os gestores e profissionais de saúde para trocar experiências, com a educação
817 permanente envolvendo todos. Comentou sobre o site, que todos conheciam, possuindo o caderno de Atenção Básica que
818 ficava na frente, para todos terem acesso, ressaltando que o apoio virtual era um instrumento que todos podiam ter acesso, era
819 um instrumento de educação permanente para gestores, profissionais de saúde, para terem acesso às políticas mais
820 específicas de Atenção Básica; e citou o exemplo do funcionamento do PSE, que era possível ter acesso através do apoio
821 virtual. Pontuou que a equipe estava muito feliz por estar consolidando aquela Política, pois a mesma era muito importante
822 para a SESAB vinha sendo consolidada há muitos anos e a partir de agora se colocava não como uma política de uma gestão,
823 mas como uma política de estado, por que ela não dependia mais apenas da decisão de um Diretor da Atenção Básica,
824 havendo uma diretriz para acontecer mesmo, independente de quem estiver ocupando os cargos. Sra. Stela Souza
825 parabenizou a equipe da Diretoria de Atenção Básica e destacou que, para aqueles que estavam na ponta, precisando de
826 orientação, sendo perceptível que havia uma Atenção Básica, a princípio estruturada, mas que talvez eles precisassem de um
827 pouco mais de orientação para os fluxos; além disso, tinham uma coordenação de atenção básica que não sabem direito qual
828 o seu papel naquele processo, portanto aquela Política Estadual trazia claramente, além do perfil, que era uma coisa que ia
829 ajudar bastante aos gestores, pois lhes possibilitaria até conversar com os prefeitos sobre as pessoas com ou sem as referidas
830 competências; a qualificação também iria ajudar no processo, tanto a questão do perfil do profissional, que tinha que ser de
831 nível superior, como as atribuições, pois, às vezes o próprio coordenador da Atenção Básica se confundia com tantas ações,
832 por isso ele não sabia direito qual o seu papel dentro do processo, e com a Política ficará bem definido, claramente, para todos.
833 Informou que tinha solicitado ao Secretário que no próximo ano – quando haverá o acolhimento pelo COSEMS aos novos
834 secretários - seja publicado um livrinho para distribuir aos novos gestores, sendo uma parceria SESAB e COSEMS, em que a
835 SESAB pagaria a publicação – pois o COSEMS não tinha recurso – e o mesmo distribuiria para os novos gestores. Destacou
836 que aquela luta vinha desde 2007, sendo um trabalho árduo, que tinha começado com o Dr. Heider, vinha caminhando com Dr.
837 Ricardo Heinzemann e a equipe da Atenção Básica, todos os apoiadores, aqueles que no momento estavam em outros
838 espaços, mas que deixaram a sua marca e principalmente os atores principais, os Coordenadores da Atenção Básica, reunidos
839 em suas DARES e nos colegiados, trazendo contribuições; portanto, reiterou que a construção coletiva acaba tendo resultado,
840 sendo aquele projeto a prova, pois, quando se pensava em construir um documento era uma coisa, e os que estavam atuando
841 – e aquelas pessoas fornecendo contribuições – resultava em documentos como aquele. Finalizou mencionando que estava
842 encantada e que devia ser colocado no site da DAB, para que todos tivessem acesso. **Dr. Jorge Solla questionou se havia**

843 **outras observações e em seguida aprovou a Política Estadual de Atenção Básica.** Convidou a Sra. Alcina Andrade para o
844 **Ponto de pauta da Portaria nº 2363, que trata do repasse financeiro, em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde**
845 **para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, por meio do PVVPS.** Em seguida a Senhora Joiane, da DIVEP, informou
846 que tinha sido apresentada também no COSEMS, no período da manhã, e trazia para pactuação a Portaria 2363/2012 do
847 Ministério, tratando de duas ferramentas importantes, a implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de
848 Imunização - SIPNI, uma ferramenta muito importante, identificando o indivíduo vacinado, algo que o SIAPV, que é o sistema
849 antigo, só utilizava dados numéricos; e a implementação do Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis - SINAN, portanto
850 iam ser abordadas essas duas questões. Assim passou a falar do SIPNI, que tinha o objetivo de coletar dados referentes às
851 atividades de vacinação, de forma a gerar informação individualizada a partir da instância local, para subsidiar as decisões e
852 ações no âmbito de sua gestão; e salientou que aquele sistema ia agrupar vários outros sistemas: o API, que encontrava-se
853 em uso, mas tinha apenas dados numéricos; o AIU, que possibilitava o acesso a questões de controle, distribuição e aquisição
854 dos imunobiológicos; o SIES - Sistema de Insumos Estratégicos, que era utilizado separadamente, mas que futuramente estará
855 fazendo parte também do SIPNI; o SICRIE, que era um projeto muito importante; e o SIAPV, que ainda estava centralizado a
856 nível estadual. Através do slide apresentado, mostrou que, com o SIPNI, seria possível identificar o indivíduo quanto aos seus
857 dados pessoais, daí a importância daquele sistema para que as equipes de saúde da família estejam buscando futuramente os
858 indivíduos faltosos, sendo uma ferramenta muito boa porque será por local de residência; e citou como exemplo: um indivíduo
859 residindo em Lauro de Freitas, mas que vacinado em Camaçari, aquela dose ia para o município de residência daquele
860 indivíduo. Citou como outro ponto importante da ferramenta o acesso ao histórico de vacinação do indivíduo, sendo possível ter
861 todas as vacinas prévias que ele tinha feito uso, em relação não só às vacinas de rotina, mas como tinha sido dito, vai se
862 agregar ao SICRIE, para observar se aquele indivíduo tem algum tipo de condição especial e futuramente se ele for acometido
863 por algum tipo de evento adverso. Prosseguiu dizendo ser possível também que, com outras ferramentas no sistema, se
864 imprima a caderneta de vacina, além da busca dos faltosos que iria subsidiar o trabalho das equipes de saúde da família, dos
865 agentes comunitários, tornando possível fazer uma listagem por vacina, por aprazamento e por indivíduo que estiver faltando
866 completar algum esquema de vacinação. Destacou que existem alguns requisitos para implantação daquele sistema, tendo
867 sido realizado treinamento para os coordenadores de imunização e digitadores das DIRES, com o repasse daquele
868 treinamento aos municípios, o único município que não foi possível realizar o treinamento foi na 20ª Dires por questões
869 políticas. A apresentadora salientou que devia ser pactuado um computador para cada sala de vacina, porém era possível
870 também o sistema ter um computador central na unidade de saúde ou no município, mas o ideal era que ficasse na sala de
871 vacina, e outra vantagem era do computador transmissor ser o mesmo do SIAB, então não tinha grandes problemas para a
872 questão do exportar dados futuramente. Dando seguimento, passou a informar que os treinamentos já tinham sido realizados
873 em 31 Dires, nos doze distritos sanitários de Salvador, nos 16 municípios das Dires que estavam citadas, no CRIE – UFBA
874 e também para os técnicos da DIVEP. Referiu que havia previsão de treinamentos do DATASUS de Salvador para 2013, ainda
875 sem data definida para aquelas situações supracitadas e para os faltosos ou municípios que tinham ficado sem o treinamento.
876 Salientou que no cronograma de implantação, em 2012, de janeiro a março tinha sido feito o planejamento; de abril até
877 setembro foram realizados os treinamentos efetivamente; falou que existia um prazo – em 30 de agosto – para que pelo menos
878 um município tivesse o sistema implantado em pelo menos uma sala de vacina, mas infelizmente isso não tinha ocorrido. E que
879 hoje estava em operação em trinta e quatro municípios, ou seja, setenta e três salas de vacina se encontravam com o sistema
880 atuante. Ressaltou que a Portaria 2363/2012 contemplava não só o SIPNI, mas também o SINAN, com a intenção de estarem
881 disponibilizando um computador por sala de vacina, com o incentivo financeiro de um mil e quinhentos reais e que se optou por
882 fazer uma tabela única do recurso descentralizado para os estados e municípios. Referiu haver a possibilidade de ser adquirido
883 também mais um computador por município para o SINAN para o melhor gerenciamento da implantação daquele sistema.
884 Informou que o banco de dados do Ministério apresentava o quantitativo de 3176 salas na Bahia. Destacou que para o corte do
885 projeto de implantação foram consideradas ativas as salas de vacinas que tinham enviado dados para o API, em pelo menos
886 um mês do ano de 2012 e, fechando aquele corte em 23 de outubro de 2012, chegou-se a 2717 salas de vacina; com isso,
887 contando o montante de salas consideradas pelo Ministério, ia ser possível disponibilizar um computador por sala de vacina,
888 totalizando 2717 – um computador por município para o SINAN - ou seja, mais 417 computadores, um computador por
889 maternidade, porque naquele ano tinha sido realizado um curso de BCG e hepatite, sendo aquele o segundo curso
890 disponibilizado, um computador por CEREST, nesse caso para também fortalecer a questão do SINAN e dois computadores
891 para o CRIE. Pontuou que quanto ao cronograma de implantação para 2013 pretendia-se que, até trinta de junho de 2013,
892 todas as salas de vacina estejam em pleno funcionamento e, do período de maio a dezembro, ser feito ajuste, suporte e
893 supervisões àqueles municípios. Dr. Raul Molina pontuou que seria preciso cumprir o horário, pois o auditório fechava às 18h.
894 Sra. Stela Souza lembrou que tinha sido pactuado pela manhã no COSEMS, a entrega daqueles equipamentos, pois se
895 sabia que existiam diversas dificuldades com relação à PGE, exigência dos municípios apresentarem certidão negativa de cima
896 para baixo, e que o Sr Júlio tinha colocado que não haveria problemas para aqueles equipamentos, que seria igual à caixa
897 térmica, garantindo apenas que os municípios iriam receber os computadores, independente de pendências no INSS ou
898 qualquer outro órgão, sendo um compromisso realizado. Questionou ainda se seria necessário ter mais um funcionário, pois
899 com a lei de responsabilidade fiscal ninguém ia poder contratar mais gente, ou se ia ser o próprio funcionário da vacina que ia
900 alimentar, se seria aquela mesma pessoa que seria capacitada. FALA FORA DO MICROFONE. A Coordenadora concluiu que
901 a Portaria colocava 3176 salas de vacinas, com CRIE, e de acordo com o número de salas de vacina que havia, o valor
902 correspondente para aquisição do equipamento seria de cerca de quatro milhões, para comprar todos os equipamentos;
903 ademais, cada município ia receber um equipamento também para o SINAN, fora o da sala de vacina – ressaltando ter sido o
904 pactuado também – um equipamento por município para o SINAN, CEREST e CRIE. **O Sr Coordenador questionou os**
905 **membros e não havendo objeção o Ponto foi aprovado.** Dando seguimento passou para a **apresentação da metodologia**
906 **e desenho para construção do Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial.** Antes, porém, a Sra. Joiane esclareceu
907 que o Termo de Adesão para receber o computador deveria ser encaminhado para a DIVEP. Sra. Stela Souza complementou a
908 informação, mencionando que pela manhã tinha sido realizado um movimento com os secretários – cento e sessenta
909 secretários estiveram presentes – para que eles imprimissem e assinassem o Termo de Adesão e posteriormente o COSEMS

910 entregaria todos juntos, e que a maioria já tinha assinado e entregue. Começando então o ponto aberto pelo Sr. Coordenador,
911 a Sra. Liliane, Diretora interina da Diretoria de Gestão do Cuidado, destacou que, em relação à Rede de Atenção Psicossocial,
912 a proposta das diretrizes da Rede tinha sido apresentada na última reunião do Grupo Condutor das Redes, junto com o
913 Ministério, o COSEMS e representantes da SESAB, tendo sido aprovadas as diretrizes que trabalhavam na perspectiva da
914 descentralização, do investimento em educação permanente, na que questão da desinstitucionalização, pois hoje ainda
915 existiam vários hospitais psiquiátricos com muitos moradores, sendo preciso investir na desinstitucionalização e garantir que
916 aqueles moradores tenham vínculo com seus familiares, ou que tenham residência terapêutica ou outro dispositivo; falou que
917 tem sido trabalhado também a diretriz do controle social e que, junto com a equipe, vêm realizando os fóruns regionais e fórum
918 estadual; a qualificação dos profissionais, portanto, nessa perspectiva será implementada a Rede de Atenção Psicossocial,
919 sendo o objetivo da Rede, conforme pactuação no Grupo, a implantação da Rede nas vinte e oito regiões de saúde e que não
920 seriam definidas regiões prioritárias e que existia uma necessidade de investimento na atenção às pessoas com transtornos
921 mentais, álcool e outras drogas no Estado da Bahia. Prosseguindo, falou que tinha sido pactuada também a metodologia de
922 trabalho, tendo ficado definido no Grupo Condutor que trabalharia levando os dados das fontes de informação, inicialmente
923 levantados pela área técnica, para as Comissões Intergestores Regionais validarem e, a partir de então, seria feito o desenho
924 dos planos municipais e regionais, tendo sido aquela a proposta colocada pelo Grupo Condutor, com a aprovação de todos,
925 culminando na formatação de uma Resolução para ser aprovada, inclusive com todas as Portarias Ministeriais, contendo tudo
926 que cabia a cada componente da atenção básica, da atenção especializada, e da alta complexidade, o que competia a cada
927 unidade daqueles níveis de atenção, que população, que equipe, ou seja, todo o instrutivo, sendo uma Resolução bem
928 orientadora que ia possibilitar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado. **O Sr Secretário questionou se**
929 **havia alguma observação e se seria possível aprovar as diretrizes e a metodologia para construção da Rede, ficando**
930 **aprovada a proposta.** O Coordenador comentou que dos pontos apresentados pelo COSEMS, alguns tinham saído e
931 passou a palavra a Dr. Raul Molina, que **informou que Guanambi tinha resolvido, inclusive do ponto de vista da**
932 **assistência farmacêutica, tudo estava encaminhado.** Falou que o **Município de Igarorã solicitava providências junto ao**
933 **Hospital de Guanambi, com relação à devolução dos pacientes de orto-trauma, ocorrendo uma queixa generalizada**
934 **quanto a esse problema, não somente do Município de Igarorã, mas também de todos os municípios ao redor; pacientes que**
935 **estavam sendo devolvidos e a regulação continuando a ser feita pelos médicos da rede particular e que estão lotados também,**
936 **no Hospital Regional de Guanambi. O Secretário encaminhou o assunto para a Diretora de Rede Própria a fim de apurar**
937 **o que estava acontecendo.** Dr. Raul Molina informou, quanto à **pauta do Município de Santo Estevão, com relação à PPI,**
938 **que tinha sido explicado que o GT PPI tinha sido suspenso, até por solicitação do COSEMS, que exigia a presença dos**
939 **secretários no período eleitoral.** E quanto ao **Município de Itabuna, tinha sido feito o encaminhamento para a Secretaria**
940 **Executiva da CIB, e quando esta estivesse com todos os documentos comprobatórios daquele check list que tinha**
941 **sido colocado, repassaria novamente para a Comissão criada entre a SESAB e o COSEMS;** e que o encaminhamento
942 tinha sido feito e aquilo já estava resolvido. Continuou, abordando o ponto relacionado ao **Município de Bom Jesus da Lapa,**
943 **solicitando aprovação do Projeto de Atenção Domiciliar no seu município,** que já tinha sido **aprovado pela atenção**
944 **especializada, referindo ter parecer técnico** e noticiou a presença do representante de Bom Jesus da Lapa na reunião, e era
945 apenas um encaminhamento, **tendo também o Município de Poções, com uma demanda que era mais ou menos a**
946 **mesma coisa.** O Sr Coordenador pontuou que os dois municípios seriam vistos, ao tempo em que questionou se havia ali
947 alguém da DAE. A Sra. Nanci Salles, informando a presença na reunião de Dra. Iolanda, da Coordenação de Atenção
948 Hospitalar, pontuou que no decorrer daquela semana tinha estado com a equipe da Coordenação de Atenção Hospitalar,
949 justamente para alinhar o fluxo do processo de aprovação da implantação de equipes de atenção domiciliar tendo havido a
950 proposta da Atenção Hospitalar de que se fizesse o encaminhamento daqueles projetos para lá, mas no sentido da Atenção
951 Hospitalar orientar os municípios e não dar parecer e que posteriormente se pautasse na própria CIB, através do COSEMS, o
952 Projeto de Atenção Domiciliar; acrescentou que se tratava de cinquenta e três municípios elegíveis ao Projeto e que, daqueles
953 cinquenta e três municípios elegíveis, a Coordenação de Atenção Hospitalar pretendia, para o próximo ano, realizar oficinas
954 com os municípios para passar aquela orientação, enfim, dar aquele suporte, a fim de que os municípios pudessem todos
955 aderir ao Programa e assim terem os seus projetos aprovados na CIB. **Assim, o Sr. Coordenador registrou que, em relação**
956 **aos Projetos de Atenção Domiciliar, de Poções e Bom Jesus da Lapa os membros da CIB consideravam aprovados.**
957 Dr. Raul Molina ressaltou que o **Município de Ribeira do Amparo solicitava apreciação do RAG 2011, em virtude do**
958 **Conselho Municipal de Saúde se negar a apreciar, tendo sido colocado na reunião do COSEMS que, em se tratando de**
959 **2011, aquele encaminhamento teria que ser feito ao Ministério Público, o que ficava na mesma lógica do que tinha sido**
960 **colocado antes.** Dr. Raul Molina informou que, pela manhã, aprovou-se em assembléia do COSEMS, em 'o que ocorrer', um
961 abaixo assinado que se tornou um referendo, um documento para ser encaminhado ao Ministério da Saúde, solicitando que a
962 competência de dezembro fosse paga até o Natal, com todas as possibilidades que pudessem existir naquilo, e que inclusive
963 aquele documento deveria ser entregue naquele dia daquela reunião da CIB, porém seria entregue à Sra. Márcia Amaral, a
964 Secretária do Ministério que cuidava daquilo, salientando que, apesar de tudo, tratava-se de um movimento em conjunto com o
965 CONASEMS, que estava lá também e já estava sendo encaminhado e por isso aquele documento tinha se tornado o centro
966 das atenções de todos, principalmente daqueles que pretendiam sair bem no fim da gestão, logo, tinha sido aprovado aquele
967 documento, sugerindo também que o Estado, dentro das suas possibilidades, visse a possibilidade de honrar também com
968 aquilo que se tem, porque acaba ficando como contas a pagar. O Sr Coordenador salientou que se o Ministério antecipasse,
969 ele também acharia ótimo. Dr. Raul Molina pontuou saber que seria dada aquela resposta, inclusive tinha sido dito que se ia
970 atrelar que se passasse o Ministério, o Estado também passasse, não teria inconveniente. Destacou que mais uma vez tinha
971 sido colocado e seria pautado mais adiante, pois não seria naquele dia, principalmente no 'o que ocorrer'; e no final da reunião
972 se colocar outra vez o problema do recurso do SAMU, que vinha sendo colocado ali, principalmente o Município de Eunápolis,
973 que novamente tinha sido levantado na reunião do COSEMS, estando a Secretária presente, que a contrapartida do SAMU
974 não vinha sendo repassada de forma periódica, estava em atraso, tanto do Ministério quanto do Estado, que ela se queixava
975 de três meses. Outra solicitação ocorrida naquela manhã também, tendo sido aprovado, foi a mudança da CPN que estava no
976 Hospital São Francisco para o Hospital São Vicente de Paula, já tendo sido colocado no Grupo Condutor. A Sra. Maricélia

977 Oliveira (SMS de Morro do Chapéu) reiterou ter sido discutido anteriormente no Grupo Condutor, além de ter sido discutido no
978 COSEMS, para haver apenas aquela **mudança do Hospital São Francisco de Assis para o Hospital e Maternidade São**
979 **Vicente de Paula, no Município de Morro do Chapéu**, ao que Dr. Raul Molina complementou que, como o Grupo Condutor
980 tinha atrelado aquele assunto a uma Resolução CIB, foi então levado para aquela CIB. **O Sr. Coordenador colocou em**
981 **questão sendo aprovada a proposta**. Dr. Raul Molina referiu que o **Município de Ribeira do Pombal solicitou habilitação**
982 **do Serviço de Litotripsia**, que tinha parecer da área técnica aprovando. O Secretário, Dr. Jorge Solla, referiu que, como tinha
983 sido falado, a documentação estava correta e com parecer, ficava aprovada a intenção; e quando fosse complementada a
984 documentação viabilizaria e assim, encaminhava como **pré-aprovado, condicionando a atender todos os pré-requisitos**. O
985 Sr Secretário questionou quanto à Hemodiálise de Ribeira do Pombal, ao que Dr. Raul Molina colocou que os municípios
986 solicitavam a retirada dos pacientes da Hemodiálise de Ribeira do Pombal para Serrinha, especificamente, o Município de
987 Ribeira do Amparo, pois os pacientes estariam sem atendimento. Assim referiu que, na discussão que tinham tido pela manhã,
988 na reunião do COSEMS, a respeito da Terapia Renal Substitutiva – TRS tinha sido colocado pelos gestores que aquele não
989 era um problema isolado do Município de Ribeira do Amparo; **assim, tinham solicitado que a Câmara Técnica fizesse um**
990 **estudo melhor com relação à situação da TRS**. Arrematou dizendo que entendiam que as inconformidades colocadas não
991 cabiam ser discutidas ali, mas cabia à Auditoria e à Vigilância Sanitária avaliarem e, estando tudo correto, acabava aquele
992 estresse de ter que trazer aquele tipo de problema para a CIB. Finalizou dizendo que aquela tinha sido uma reivindicação dos
993 gestores do COSEMS e ele repassava para a CIB. Assim, quanto à situação da Hemodiálise, Dra. Vaitsa - Secretária de Saúde
994 de Sátiro Dias e Apoiadora da Secretaria de Saúde de Ribeira do Pombal – referiu que a situação tinha acontecido, conforme
995 registro da Secretária de Ribeira do Amparo, com três pacientes que faziam hemodiálise em Serrinha e tinham passado a fazer
996 em Ribeira do Pombal. E falou que havia um Hospital de Retaguarda, o Santa Tereza, que tinha feito um convênio com a
997 Clínica de Hemodiálise. Destacou que, conforme registro da Secretária de Ribeira do Amparo, quando o paciente chegava ao
998 Hospital, diziam que a responsabilidade de ter o nefrologista era da Clínica, que tinham que mandar por que o Hospital não
999 tinha nefrologista, ficando então o paciente desassistido. Naquele momento a Secretária de Ribeira do Amparo falou fora do
1000 microfone, não sendo possível captar o registro de sua fala. Dra. Vaitsa então informou que, depois do seu relato, fez questão
1001 de contactar o Dr. Sílvio, Presidente da Fundação José Silveira e tinha conversado com ele pessoalmente, o qual tinha dito que
1002 marcaria uma reunião, por que o que estava ocorrendo era uma falta de comunicação, pois no contrato estava claro que, se o
1003 paciente chegasse ao hospital e fosse atendido no ambulatório do hospital de referência, que era o Hospital Santa Tereza, o
1004 médico ou a administração do Hospital devia entrar em contato com o médico de sobreaviso da Clínica para que ele fosse até
1005 lá. Reforçou que era o Hospital que tinha que solicitar aquilo da Clínica de Hemodiálise e o que estava acontecendo, conforme
1006 tinha conversado com a enfermeira coordenadora, era que, talvez por falta de comunicação, o médico emergencista ou
1007 plantonista informava ao paciente para procurar o nefrologista. Destacou que entendia a Secretária de Ribeira do Amparo, pois
1008 ela também como Secretária não gostaria de ver um paciente que estava no Hospital ter que sair do mesmo para procurar um
1009 nefrologista, quando existia uma Clínica no Município e um Hospital de retaguarda para aquilo. Assim, esclareceu e garantiu à
1010 Secretária que não ia mais acontecer aquele problema, pois tinha ligado direto para o Presidente, tinha falado também com a
1011 Enfermeira coordenadora e com o Diretor médico para saber o que estava acontecendo que confirmaram que se tratava de um
1012 problema por falta de comunicação entre os médicos. Reiterou que a Clínica agora contava com um nefrologista que residia no
1013 Município de Ribeira do Pombal, que ficava de sobreaviso, porém reforçou que ele precisava ser convocado pelo Hospital para
1014 ir atender os pacientes, pois, ele não ficava 24 horas no Hospital, ele atendia na Clínica até as dezessete horas e depois ia
1015 para casa. Dr. Jorge Solla colocou, como último ponto do 'o que ocorrer', a situação do Município de Luiz Eduardo Magalhães e
1016 o Laboratório, chamando a Sra Rosane Will, Diretora do LACEN, para a apresentação. Dr. Raul Molina, solicitou acrescentar
1017 uma informação, tendo dito que pela manhã, na reunião do COSEMS, tinha sido feita a recomposição dos cargos vagos da
1018 Diretoria do COSEMS, para que não tivesse aquele vazio naquele momento da transição; assim, os cargos da CIB e da
1019 Diretoria do COSEMS tinham sido recompostos em assembléia. A Sra. Rosane salientou que todos conheciam o Projeto da
1020 Rede de Laboratório de Saúde Pública desde o ano passado, e no início do ano tinha sido comunicado ao **Município de Luís**
1021 **Eduardo Magalhães e eles pleitearam o Laboratório Central de Saúde Pública no Município**. E como o projeto inicial que
1022 tinha sido aprovado na CIB alocava aqueles laboratórios somente em sede de Microrregião, era preciso que aquele pleito do
1023 Município de Luis Eduardo Magalhães fosse aprovado em CIB, pontuando que defendia que fosse aprovado, considerando a
1024 extensão territorial do Oeste da Bahia, o baixo investimento que historicamente tinha sido feito naquela Região, além da
1025 dificuldade de acesso entre um município e outro e a lacuna assistencial hoje existente em diagnóstico de laboratório para
1026 doenças de interesse da saúde pública. Reforçou que era mais do que viável, que não oneraria o custo da Rede porque se
1027 dividiria apenas o custo do que estava previsto para Barreiras, entre Barreiras e Luis Eduardo Magalhães, como havia uma
1028 vontade do Prefeito. Ressaltou que o Prefeito eleito se encontrava naquela CIB, assegurando, pois para construir o laboratório
1029 precisava que o Município fizesse a adesão ao Projeto e já havia aquela adesão, fazendo com que estivesse tudo facilitado,
1030 tendo a condição de dar acesso àquela população desassistida na área de laboratório de Saúde Pública. **O Sr Coordenador**
1031 **colocou em apreciação sendo aprovado o ponto**. Dando seguimento convidou o Prefeito de Luis Eduardo Magalhães para
1032 se pronunciar. O Prefeito de Luis Eduardo Magalhães agradeceu a atenção e destacou que Luis Eduardo Magalhães
1033 continuava naquele trabalho para melhorar a saúde pública e que estava justamente procurando, através de iniciativas como
1034 aquela, fazer com que a Região Oeste realmente tenha cada vez mais uma saúde pública melhor pra seus municípios. **O Sr**
1035 **Coordenador antecipou que em breve viria o processo de aprovação do CAPS-ad III de Luis Eduardo Magalhães e que**
1036 **estava sendo trabalhada sua viabilização com a área técnica**. Dra. Suzana Ribeiro solicitou apenas um encaminhamento à
1037 CIB, referindo que em janeiro tinha sido aprovada e publicada a **Resolução CIB 013/2012, da habilitação do Serviço de**
1038 **Atenção à Saúde Auditiva em alta complexidade no Hospital Otorrinos, em Feira de Santana**, colocando que na verdade
1039 o Ministério tinha solicitado, e como tinha sido aprovada em janeiro, a tramitação tinha se dado no Ministério, mas no ritmo que
1040 tinha ocorrido, naquele momento que tinha chegado para a publicação, em que tinha sido feito todos os estudos, **a área**
1041 **técnica - DAPS - tinha solicitado que se republicasse aquela Resolução, publicada em abril, somente para se adequar**
1042 **à Política da Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência; então seria republicada somente fazendo aquele adendo**
1043 **que aquela Unidade estaria integrada à Rede de Atenção a Pessoas com Deficiência para que se pudesse garantir que**

1044 **fosse para publicação e que a habilitação pudesse se dar ainda naquele mês. Tendo sido submetido aos membros da**
 1045 **CIB e aprovado.** O Sr Coordenador informou que, para concluir, havia uma previsão da reunião da CIB para o dia 29 de
 1046 novembro, mas considerando que a pauta mais urgente tinha sido toda esgotada, a reunião do dia 29 ficaria esvaziada de
 1047 temas que a justificassem; além disso, como a CIT era no dia 03 de janeiro, não adiantaria. E propôs então que, se houvesse
 1048 alguma situação que demandasse ainda alguma reunião em dezembro, extraordinariamente, convocava-se. Salientou que
 1049 tinha uma proposta de calendário para as reuniões de 2013, que a princípio chocava com as datas prováveis da Tripartite, por
 1050 isso seria necessário aguardar um pouco, ver o cronograma da Tripartite para fazer os ajustes. Informou também que a
 1051 Bahiafarma já tinha fechado uma parceria com a Cristália para a produção de dois medicamentos, o Sevenamer e a
 1052 Carbegolina, e que na semana anterior tinha fechado uma parceria com a Novartis, um laboratório suíço, a primeira parceria de
 1053 produção e transferência de tecnologia de medicamentos fechada com um laboratório público no Brasil, que foi da Novartis
 1054 com a Bahiafarma, para a produção do Verolimus e do Micofenolato de sódio, dois imunossupressores; então eram quatro
 1055 medicamentos importantes para a distribuição nacional com o processo de transferência e tecnologia para a Bahiafarma
 1056 aprovado. E convidou a todos os presentes – e pontuou, quem pudesse participar, pois sabia que muitos ou a maioria teriam
 1057 dificuldades – da audiência pública do projeto de PPP do Hospital Couto Maia, na próxima segunda-feira, às nove horas da
 1058 manhã, no auditório da Escola de Formação Técnica em Saúde, localizado atrás do HGE, tentando-se viabilizar com o projeto
 1059 uma nova estrutura para o Hospital de Referência em Doenças Infecciosas que estivesse mais adequada aos desafios
 1060 contemporâneos de um hospital daquela natureza; portanto, o projeto estava disponível no site da Secretaria, para quem
 1061 quisesse consultar e segunda-feira teria a audiência pública, sendo o prazo para contribuições até o dia vinte e quatro de
 1062 novembro. O Sr. Manoel Paulo (Secretário de Saúde de Guanambi) parabenizou pelos trabalhos realizados nas reuniões do
 1063 dia e colocou que precisava de ajuda no quesito UPA do Município de Guanambi, destacando ter sido uma das primeiras cinco,
 1064 via caixa econômica federal e estava emperrada com relação à inauguração daquela UPA pela questão dos equipamentos,
 1065 que era via Governo Federal. Falou que tinha registrado na CIB a solicitação de ajuda, pois o Município não estava
 1066 conseguindo os equipamentos, além de não ver tão perto a inauguração, pois o Município não tinha como comprar aqueles
 1067 equipamentos e até mesmo custear. Além disso, colocou outra questão, a do Colegiado de Gestão, alegando que estava
 1068 ficando sem recursos e não tinha mais como tocar o Colegiado, porque ele funcionava em uma casa alugada, tinha o custo da
 1069 energia, além de funcionários, e como estava ficando sem recurso, aquilo estava dificultando o pagamento do mês de
 1070 dezembro. Dr. Raul Molina destacou que o recurso estava alocado no Município sede. Dra. Suzana Ribeiro informou que tinha
 1071 havido uma mudança na Portaria e que os recursos do Colegiado, com o ParticipaSUS, a Portaria que tinha que se garantir
 1072 relatório, aquilo tinha acabado, portanto, o recurso vinha agora e não existia mais aquele recurso que era para os colegiados, e
 1073 aquilo tinha sido pactuado em CIB, tendo ficado definido que, com a organização das Comissões Intergestores Regionais, que
 1074 estariam reorientando e estariam vinculadas inclusive às regionais de saúde, tendo sido discutido também no novo regimento
 1075 da CIB, que estava em tramitação. Portanto, com isso, as Comissões passavam a ser vinculadas administrativamente às
 1076 regionais de saúde, logo seria necessário compatibilizar aquilo, se sentando com o secretário municipal do município sede e
 1077 discutindo o encaminhamento através da DIRES; que fosse, ou mantendo o aluguel, ou ele conseguindo outro espaço, mas
 1078 aquilo estava estabelecido pela Portaria do Ministério e pelo próprio Decreto 7508/2011 e na sequência, as Portarias do
 1079 Ministério e mais as Resoluções CIT 01, 02, 03 e 04, tratando de todo aquele processo de operacionalização do Decreto e
 1080 inclusive ficava bastante claro que as CIR passavam a estar vinculadas administrativamente à Secretaria Estadual de Saúde,
 1081 não sendo uma decisão da CIB, aquilo vinha da pactuação com a CIT. Pontuou ainda que tinha mudado o formato, inclusive
 1082 com o recurso daquela Portaria, a Participa-SUS e que envolvia todos os Conselhos estarem cadastrados, e o último
 1083 Município, Itajuípe, que era o único que faltava, e estava com o Conselho Municipal devidamente cadastrado, e portanto era
 1084 possível agora o recebimento da terceira parcela dos recursos, tendo uma proposta de um convênio junto ao COSEMS para
 1085 viabilizar a estruturação e a descentralização junto às regiões de saúde, no sentido de fortalecer a gestão dos municípios, a
 1086 articulação interfederativa, a discussão da gestão e o trabalho das CIR; logo existia todo um movimento que estava sendo feito
 1087 e agora só seria necessário compatibilizar com os municípios – citando o exemplo de Guanambi – que estiverem naquela
 1088 situação, seria compatibilizado com as regionais que elas passariam a assumir a estrutura administrativa das comissões que
 1089 eram os colegiados de gestão. O Sr Manoel Paulo, Secretário de Saúde de Guanambi, questionou como ficaria o Município de
 1090 Guanambi, que tinha duas regionais, a 24ª DIRES, de Caetité e a 30ª, a de Guanambi. Dra. Suzana Ribeiro informou que o
 1091 Município de Guanambi pertencia à Regional de Guanambi e na verdade o Colegiado de Gestão tinha duas regionais de
 1092 saúde; assim, certamente na definição deveria ser eleita a DIRES da sede do município que fosse se responsabilizar,
 1093 juntamente com a DIRES de Caetité, obviamente, para dividir as responsabilidades, mas do ponto de vista administrativo
 1094 deveria estar vinculado à DIRES de Guanambi, até pela questão do território. O Sr. **Secretário destacou**, para concluir, que
 1095 tinha sido aprovada uma **Resolução ad referendum estabelecendo o valor padrão para contratação de diária de UTI, um**
 1096 **mil e duzentos reais – oitocentos reais vindos do Ministério, na Rede de Urgência; porém a equipe técnica tinha**
 1097 **pedido uma reformulação, diante de um estudo de custo feito, gerando um aumento para um mil e duzentos e noventa**
 1098 **reais e cinqüenta e quatro centavos.** Portanto, se estivesse tudo bem, **republicava-se a Resolução com o valor de um mil**
 1099 **duzentos e noventa e cinqüenta e quatro centavos. Assim todos concordaram e ficou aprovado.** Em seguida agradeceu
 1100 a presença de todos, informou que posteriormente seria comunicada a data das próximas reuniões e declarou encerrada a
 1101 sessão. Não havendo mais o que tratar, após revisão da Ata por Maria de Fátima Valverde Dreyer, eu, Nanci Nunes Sampaio
 1102 Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 09 de novembro de
 1103 2012.

1104 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 1105 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade _____
 1106 Raul Moreira Molina Barrios _____
 1107 Suplente: Stela Souza dos Santos Souza _____
 1108 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 1109 Andrés Castro Alonso Filho _____
 1110

1111 Suplente: Alfredo Boa SorteJúnior _____
1112 Washington Luis silva Couto _____
1113 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____
1114 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____
1115 Ivonildo Dourado Bastos _____
1116 Suplente: Maricélia Oliveira Figueiredo Lima _____
1117 Cynthia Lopes Abreu Marques _____
1118 Suplente: Vaitza Santiago Cardoso _____
1119 _____
1120 _____
1121 _____