

1  
2  
3 Aos vinte e quatro dias do mês de agosto do ano dois mil e dezessete, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB,  
4 Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas Boas Pinto – Secretário da Saúde e  
5 Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado  
6 Bastos, Cássio André Garcia, Ana Paula Dias de Santana Andrade e Rívia Mary de Barros, José Antônio Rodrigues Alves,  
7 Odilon Cunha Rocha e dos suplentes: Raul Moreira Molina Barrios, Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero  
8 Boulosa, Naya Neves de Lucena, José Cristiano Sóster e Maria Rosania de Souza Rabelo. Às 15 horas e 30 minutos, havendo  
9 número legal, **Lúcia Alencar**, Mestre de Cerimônia da SESAB, declarou aberta a sessão, convidando para compor a Mesa o  
10 Coordenador da CIB, Fábio Vilas Boas Pinto, acompanhado da Coordenadora Adjunta da CIB, Stela dos Santos Souza e seu  
11 Suplente, Raul Moreira Molina Barrios, os representantes da SESAB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Ana  
12 Paula Dias de Santana Andrade e Rívia Mary de Barros, a Secretária Executiva da CIB, Nanci Nunes Sampaio Salles, os  
13 representantes do COSEMS, Maria Rosânia de Souza Rabelo, Odilon Cunha Rocha, Cynthia Lopes Abreu Marques estava e  
14 Luciano Ferreira da Mota (que não estavam presentes). Informou que nesta reunião aconteceria a segunda edição do Prêmio  
15 Irmã Dulce, instituído pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia em 2016, com o objetivo de  
16 homenagear as melhores experiências desenvolvidas por profissionais de saúde das gestões municipais, selecionadas para  
17 representar a Bahia, no 'Aqui tem SUS'. Informou que os trabalhos selecionados são apresentados em cada edição do  
18 Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, promovido anualmente pelo Conselho Nacional das Secretarias  
19 Municipais de Saúde – CONASEMS. Para fazer as entregas dos troféus e fazer uma breve exposição, convidou a  
20 Coordenadora Adjunta da CIB, Stela Souza. **Stela Souza** considerou este momento como especial para os municípios e  
21 agradeceu ao Secretário da Saúde pelo apoio, informando tratar-se do segundo ano deste evento, quando se reconhece o  
22 valor e o esforço dos municípios em prol da melhoria da qualidade da saúde no Estado da Bahia, por ser nestes municípios  
23 que a saúde acontece e onde está a população. Relatou terem sido muitos trabalhos inscritos para esta a Mostra e que o  
24 COSEMS, junto com uma comissão, tinha feito a seleção de trinta trabalhos e encaminhado para a Mostra Nacional e, para sua  
25 surpresa, além de conseguirem levar estes trinta trabalhos, também tinham conseguido trazer quatro prêmios do evento  
26 nacional e o que era muito importante. Ressaltou a necessidade de valorizar estes gestores e suas equipes técnicas pelos  
27 trabalhos desenvolvidos, pelo trabalho que desenvolvem nos municípios, e nada melhor do que homenagear aquela que  
28 continuava sendo uma grande referência mundial, através do trabalho feito, a Irmã Dulce. E a Bahia não poderia buscar um  
29 nome melhor, por isso a escolha deste nome para representar essa premiação. Antes de passar à premiação, referiu-se ao  
30 triste acontecimento desta manhã, quando vários setores do estado tinham se envolvido para ajudar, assim como o COSEMS,  
31 com os secretários da região de Vera Cruz, e sugeriu um minuto de silêncio pelas vítimas que, em um momento de infortúnio,  
32 tinham sido ceifadas, e também por seus familiares, pelos que estão hospitalizados, os que ficaram com traumas, os que estão  
33 sendo socorridos e também pelos socorristas que estão cuidando de todos. Em respeito às pessoas envolvidas neste trágico  
34 acidente, todos fizeram um minuto de silêncio. Em seguida, para proceder à cerimônia de entrega dos prêmios aos  
35 responsáveis pelas apresentações dos trabalhos e bem como dos certificados aos municípios onde as experiências foram  
36 desenvolvidas, **Lúcia Alencar** convidou Stela Souza, Fábio Vilas Boas e a Superintendente das Obras Sociais Irmã Dulce e  
37 sobrinha da Bem Aventurada Dulce dos Pobres, que dá o nome ao prêmio, Maria Rita Lopes Pontes. **Maria Rita Lopes**  
38 **Pontes** agradeceu pelo reconhecimento, em seu nome, em nome do Gestor Operacional, que é o responsável direto pelas  
39 unidades externas, dos hospitais do estado administrados pelas Obras de Irmã Dulce e também do Hospital Santo Antônio,  
40 desejando sempre honrar o nome de Irmã Dulce e o nome do Estado neste trabalho. Dando prosseguimento, **Lúcia Alencar**  
41 iniciou pelo município de Porto Seguro, com nove trabalhos apresentados, convidando a Secretária Municipal de Saúde do  
42 município, Edna Alves. **1.** "TDO na Hanseníase: Uma estratégia para melhoria dos indicadores de qualidade em Porto Seguro"  
43 – Responsável pela apresentação: Jeane Araújo de Medeiros. **2.** "O comércio ambulante de alimentos e suas condições  
44 higiênico-sanitárias no Município de Porto Seguro – BA" – Responsável pela apresentação: Luciane Minetto da Costa. **3.**  
45 "Avaliação das medidas de controle em tempo hábil das Arboviroses no Município de Porto Seguro" – Responsável pela  
46 apresentação: Samarina Marçal de Almeida Botelho. **4.** "Sistematização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da  
47 Família, através da padronização de registros, conforme documentos comprobatórios orientadores do Manual de Avaliação  
48 Externa" – Responsável pela apresentação: Gislane Moraes. **5.** "Estratégias para fortalecimento da Saúde do Trabalhador no  
49 município de Porto Seguro – BA" – Responsável pela apresentação: Ana Geise Santos Andrade. **6.** "A Reinserção Social dos  
50 Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas no Município de Porto Seguro - Um Desafio Possível" –  
51 Responsável pela apresentação: Nathielly Andrade Medeiros. **7.** "Avaliação da implantação do Componente Controle Vetorial  
52 do Programa de Controle da Dengue (PCD) em Porto Seguro – BA" – Responsável pela apresentação: Márcia Alves  
53 Quaresma. **8.** "Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Potencialidade na Ampliação do Acesso e da Integralidade em  
54 Saúde através da utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS)" – Responsável pela apresentação: Tiara Tosta Cavalcanti.  
55 **9.** "Acolhimento aos usuários do SUS sob o olhar da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro – BA" – Responsável pela  
56 apresentação: Adriana Carvalho Lima. **Stela Souza** pediu a palavra para homenagear o município de Porto Seguro e a  
57 Prefeitura, através da Secretária Municipal de Saúde, Edna Alves, com o Certificado de Instituição contemplada com o Prêmio  
58 Irmã Dulce, fazendo questão de abraçá-la e dizer que tem o aval e o apoio do Secretário da Saúde. Dando prosseguimento,  
59 **Lúcia Alencar** passou para o município de Eunápolis, com quatro trabalhos apresentados, convidando a Secretária Municipal  
60 de Saúde, **Stela Souza**, que referiu estar recebendo os prêmios do seu município porque toda a sua equipe estava neste  
61 momento recebendo a Auditoria e o PMAQ e não tinham podido estar presentes. **10.** "Realização de Grupo de Trabalho no  
62 Combate à Sífilis Congênita em Eunápolis – BA" – Responsável pela apresentação: Kelly Rebouças Santos. **11.** "Chá com  
63 Rosa" – Responsável pela apresentação: Luziane Bomfim. **12.** "Novas ferramentas implantadas para reduzir abandono e  
64 eutanásia de animais no Centro de Controle de Zoonoses do Município de Eunápolis" – Responsável pela apresentação:  
65 Everton Rusciollelli Nascimento. **13.** "Transdisciplinaridade, Arte, Cultura e Saúde Mental: Fundamentação e Aplicação de  
66 Práticas Híbridas Inovadoras na Promoção da Saúde Mental na Atenção Básica" – Responsável pela apresentação: Marília  
67 Martins de Araújo Reis. **Stela Souza** explicou que estava sendo entregue um porta caneta/clips com a foto de quem tinha

68 apresentado, com o nome do trabalho na frente e no verso, para que cada um pudesse ter em sua mesa essa homenagem  
69 personalizada. Em seguida **Lúcia Alencar** convidou Ivonildo Dourado para fazer a entrega do prêmio do município de Itabuna.  
70 **14.** “Gestão Financeira do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna – BA” – Responsável pela apresentação: Arthur  
71 Adolfo Ramos de Araújo. Convidou Raul Moreira Molina para fazer a entrega do Certificado ao gestor do município. **15.**  
72 “Articulação em Redes Interinstitucionais: Uma experiência sobre o Projeto Saúde Ambiental no Município de Santa Cruz  
73 Cabrália – BA” – Responsável pela apresentação: Diana de Lima. Para fazer a entrega do prêmio do município de Santa Cruz  
74 Cabrália, convidou Ana Paula Andrade e Maria Rosânia de Souza Rabelo e o Certificado para Márcia Alves Quaresma. Para a  
75 entrega do prêmio do município de Morro do Chapéu, convidou a Secretária Municipal de Saúde, Karina Luiza L. de S.  
76 Machado. **16.** “Reflexos da Mente – Poesias do Inconsciente” – Responsável pela apresentação: Tacyara Oliveira Valois. O  
77 prêmio foi entregue por Cássio Garcia, e o Certificado por Odilon Rocha. Para fazer a entrega dos prêmios do COSEMS/BA,  
78 convidou sua Presidente, **Stela Souza**, que ressaltou ter sido um trabalho em conjunto e convidava toda a Diretoria do  
79 COSEMS para fazer esta entrega, pois todos vinham dando apoio ao trabalho dos apoiadores e agradeceu a todos os  
80 municípios que estão também incentivando esse trabalho. **17.** “O papel do apoiador do COSEMS no processo de  
81 encerramento de gestão e transição do governo municipal no Estado da Bahia” – Responsável pela apresentação: Kátia Nunes  
82 Barreto de Brito. **18.** “O papel do apoiador do COSEMS/BA na repactuação da PPI no Estado da Bahia” – Responsável pela  
83 apresentação: Edraci de Andrade Alves. **19.** “Formação/ação em Gestão para Educação Permanente dos Profissionais de  
84 Rede de Atenção às Urgências em duas macrorregiões de saúde na Bahia - um relato de articulação do apoio institucional  
85 COSEMS/BA, no ano de 2017” – Responsável pela apresentação: Verônica Barreto Araújo de Moura. **20.** “A trajetória da  
86 Experiência da função do Apoiador Institucional e a implantação do Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão  
87 Municipal do SUS na Bahia” – Responsável pela apresentação: Manoel Henrique de Miranda Pereira. **21.** “Acolhimento aos  
88 Gestores Municipais da Bahia: Um relato de experiência do Apoio Institucional do COSEMS/BA” – Responsável pela  
89 apresentação: Rosângela Oliveira Santos de Almeida. **22.** “Uma experiência do Apoio COSEMS/BA frente à implantação de  
90 cursos pelo PROADI-SUS numa região do sudoeste baiano” – Responsável pela apresentação: Janaina Vasconcelos Rocha.  
91 **Stela Souza** ressaltou que a homenagem se estendia aos autores dos trabalhos, pois estavam sendo chamadas apenas as  
92 pessoas que tinham apresentado, e solicitou que se levantassem Aldecy Bezerra, Luciane dos Santos Vasconcelos Lirio,  
93 Miriam dos Santos Caldas Oliveira, Joselma Alves da Silva, Jeane Araújo de Medeiros, Maria Aparecida Teixeira e Luciene da  
94 Silva Nascimento, reiterando ser de todas e que também se sentissem homenageadas. Dando prosseguimento, **Lúcia Alencar**  
95 convidou Rívia Mary de Barros, juntamente com Maria Rita L. Pontes, para fazerem a entrega do prêmio do município de  
96 Itapetinga: **23.** “Atuação da Comissão Intergestores Regional – CIR de Itapetinga no processo de fortalecimento da  
97 Regionalização da Saúde no Estado da Bahia” – Responsável pela apresentação: Liége Maria M. B. de Andrade. Para fazer a  
98 entrega do prêmio e do Certificado do município de Salvador, convidou o Coordenador da CIB, Fábio Vilas Boas. **24.**  
99 “Programa de Atenção Integral ao Portador de Doença Venosa Crônica em Salvador – BA” – Responsável pela apresentação:  
100 Marta Rejane M. Batista, representada por Daniela Alcântara. Para fazer a entrega dos prêmios do município de Coribe,  
101 convidou Odilon Rocha: **25.** “Promoção de Saúde Bucal nas Escolas: Unidade de Saúde da Família Felismino Batista da Silva”  
102 – Responsável pela apresentação: Sabrina da Rocha Sabino. Convidou a Secretária Municipal de Saúde, Jacqueline Bonfim.  
103 **26.** “Academia da Saúde: O Movimento que Transforma” – Responsável pela apresentação: Milene Pessoa Saraiva. **27.**  
104 “Matriciamento do NASF nas Equipes de Saúde da Família do Município de Coribe” – Responsável pela apresentação:  
105 Alessandra Rocha Lopes. **28.** “Projeto Aconchego: Compartilhando emoções e experiências” – Responsável pela  
106 apresentação: Maricélia Maia de Lima. Para fazer a entrega dos prêmios do município de Feira de Santana, convidou Cássio  
107 Garcia e a Secretária Municipal de Saúde, Denise Mascarenhas. Para fazer a entrega do prêmio do município de Camaçari,  
108 convidou Ana Paula Andrade e o Secretário Municipal de Saúde, Elias Natan Moraes. **29.** “Experiência de uma Câmara  
109 Técnica para o Enfrentamento da transmissão vertical de Sífilis, HIV e Hepatites em um Município Baiano” – Responsável pela  
110 apresentação: Aline de Jesus Costa Dantas. E para fazer a entrega do último prêmio, para o município de Irecê, convidou Stela  
111 Souza e a Secretária Municipal de Saúde, Ana Cássia Dourado. **30.** “De Lagarta a Borboleta: experiência do apoio institucional  
112 como dispositivo de transformação na qualificação da Atenção Básica no município de Irecê - BA” – Responsável pela  
113 apresentação: Camila Gomes de Freitas. Após a entrega dos prêmios e das fotos com os respectivos troféus, o Coordenador  
114 da CIB retomou a condução da reunião, com a pauta da CIB. Em nome do Governo do Estado, registrou os sentimentos pelo  
115 desastre que acometera a Bahia nesta manhã de agosto e lamentou que algumas pessoas detentoras de poder tivessem  
116 tentado utilizar esse lamentável e trágico acidente para fazer ‘politicagem’, deixando claro não ser este um momento para  
117 ficarem buscando responsabilidades e sim de atenderem às pessoas, salvarem as vidas que pudessem ser salvas e darem  
118 acolhimento aos que tinham tido suas vidas ceifadas. Esclareceu que o funcionamento do transporte marítimo na Baía de  
119 Todos os Santos cabe à AGERBA, que é um órgão regulador do Governo do Estado, o licenciamento e a seleção do prestador  
120 cabendo à Marinha do Brasil e à Capitania dos Portos, a fiscalização da adequação das embarcações e a liberação das  
121 condições de tráfego na Baía de Todos os Santos. A Marinha que decide todos os dias se tem ou não o transporte de lancha e  
122 de *ferry boat* e a Capitania dos Portos conta o número de salva vidas, liberando ou não a lancha. Repudiou a tentativa de  
123 atribuir ao Governo do Estado estas responsabilidades e deixou claro que o Governo do Estado alocara todos os recursos que  
124 estavam à disposição, tendo deslocado imediatamente secretários de estado, comandantes de polícia, comandantes de  
125 bombeiros, ambulâncias, contratando ambulâncias de prestadores privados para acolher a todos, colocando à disposição o  
126 pátio de múltiplas vítimas do HGE, com capacidade de atender trinta pessoas simultaneamente, e felizmente, por um lado, não  
127 tinha havido necessidade, porque as vítimas vivas tinham tido lesões menores. Relatou que até meia hora atrás o registro era  
128 de vinte e três óbitos e a Secretaria de Segurança estava auxiliando a Prefeitura de Itaparica a liberar os corpos para serem  
129 feitas as necrópsias e as famílias pudessem velar os seus parentes. Dando prosseguimento à ordem do dia, o Coordenador  
130 convidou os novos membros da SESAB, para dar posse na CIB: Alexandro dos Santos Miranda, ex Secretário de Saúde de  
131 Ibirataia, ex membro do COSEMS e atual Diretor da SESAB (SAIS/DGRP/GD), como Suplente de Ivonildo Dourado Bastos e  
132 Naya Neves de Lucena (DICON/SUREGS), como Suplente de Ana Paula Dias de Santana Andrade. Dando seguimento à  
133 pauta da reunião, Fábio Vilas-Boas convidou Maria Aparecida Figueiredo (SESAB/SUVISA/DIVEP) para apresentação sobre as  
134 ações de imunização, a campanha de vacinação antirrábica, o monitoramento da intensificação vacinal para febre amarela e as

135 baixas coberturas vacinais da vacina HPV. **Maria Aparecida Figueiredo** saudou a todos e justificou o pedido de pauta para  
136 discutir as coberturas da vacina com os gestores municipais e para apresentar as próximas campanhas no país e no estado da  
137 Bahia. Informou o indicador de cobertura vacinal da população alvo de HPV, analisado pela DIVEP, inferior à média nacional e  
138 que o país inteiro vinha tendo problema de adesão da campanha e o Estado não tinha conseguido a adesão necessária para  
139 cobrir o público de meninas de nove a quatorze anos e os meninos de onze a quatorze anos e ela trazia para discutir na CIB,  
140 tendo em vista a necessidade de buscar estratégias para alcançar as coberturas. Informou que o Ministério tinha  
141 recomendado e a SUVISA tinha passado uma nota em relação à adesão via escola, por ser um tipo de público mais fácil,  
142 embora soubessem da dificuldade de armar uma estratégia para mobilizar equipes para as escolas. Sendo assim, ela trazia a  
143 ideia para refletir juntamente com os gestores, porque realmente as coberturas não estavam boas. E apresentou a nota  
144 informativa mais recente que ampliara o público alvo. O **Coordenador da CIB** solicitou que Maria Aparecida Figueiredo  
145 explicasse a importância da vacina HPV e ela explicou a instrução normativa para ampliação do público alvo de pessoas de  
146 quinze a vinte e seis anos, em razão do quantitativo de doses que venceriam em setembro e falou da importância da vacina  
147 diante da relevância da prevenção do câncer e o fato de se tratar de uma vacina que não estava disponível na rede pública, e  
148 depois de estudos fora viabilizada justamente para evitar determinados tipos de câncer nas crianças. O Coordenador da CIB  
149 Fábio informou que não era para proteger a criança, que se eles conseguissem eliminar o HPV através da vacinação da  
150 comunidade inteira, praticamente acabariam com o câncer de colo de útero e o câncer de pênis. E sendo o câncer de colo de  
151 útero um dos que mais matam as mulheres, seria possível reduzir o índice de mortalidade da mulher, acabando com o HPV,  
152 justificando assim a importância de vacinar as meninas e os meninos, porque se os meninos não tivessem HPV, os mesmos  
153 não transmitiriam para as mulheres. **Maria Aparecida Figueiredo** agradeceu os esclarecimentos feitos pelo Secretário e  
154 explicou que desde o início ocorrera um problema com a vacinação das crianças, quando era apenas para meninas, porque os  
155 pais achavam que a campanha as estava incitando a ter a iniciação sexual, quando na verdade o objetivo não era aquele.  
156 Então ela achava pertinente eles trabalharem para melhorar esse tipo de entendimento e tentarem melhorar a adesão. Por  
157 causa da falta de entendimento dos pais, a vacina tinha sobrado e estava com o vencimento muito próximo, razão pela qual o  
158 Ministério da Saúde tinha ampliado a faixa etária para quinze a vinte e seis anos, a fim de não perderem o lote por vencer,  
159 tendo em vista o valor alto do recurso investido em uma vacina que não é tão barata. E chamou a atenção para a febre  
160 amarela, com vários casos da doença no início de 2017, a procura pelos postos de saúde tendo aumentado e a pressão sofrida  
161 pelos gestores municipais para providenciarem a vacina. O Estado comprara as seringas em quantidade suficiente, na época  
162 em que as mesmas estavam em falta em todo país, a vacina não tinha faltado e atualmente, ao verem a cobertura vacinal, não  
163 é o que deveria ser, nem na área de recomendação da vacina. Ela lembrou ter sido quarenta e cinco municípios com  
164 recomendação da vacina, o que fora ampliado, e o pedido do Secretário Estadual de Saúde para antecipar, apesar de o  
165 Ministério não querer a antecipação, o que tinha sido muito bom, porque ao começar a aparecer os casos de animais positivos,  
166 a população já estava vacinada, apesar de poucos municípios terem conseguido noventa e cinco por cento de cobertura,  
167 mesmo sendo área de recomendação. Ela apresentou um mapa com a cobertura de 2016 e concluiu que a região sul já  
168 deveria estar com a cobertura alta, e alertou que eles deveriam se preparar, tendo em vista a previsão do Ministério da Saúde  
169 de todo o estado ser área de recomendação da vacina em 2018, sendo assim, eles deveriam se antecipar, pois, uma vez que a  
170 população fosse imunizada valeria para o resto da vida. Disse que a Bahia está com cinquenta e dois por cento de cobertura e  
171 naquele momento calcular daquela forma não era um problema, por não se tratar de toda área com recomendação da vacina,  
172 porém quando ela analisara a área com recomendação, que por sua vez deveria ter uma cobertura de noventa e cinco por  
173 cento, concluiu que só havia menos de sessenta e dois por cento. Pediu para os gestores identificarem seus respectivos  
174 municípios no mapa, com o objetivo de buscarem uma solução e salientou que os municípios em área de recomendação não  
175 deveriam ter cobertura baixa, depois de tudo que eles tinham vivido, acrescentando que também tinham sido apresentadas  
176 outras coberturas, observando-se que até o final do ano teriam muito trabalho para conseguirem alcançar as metas, e  
177 exemplificou com BCG, rotavírus e pneumonia, por serem vacinas que estão abaixo e, portanto, precisavam correr para  
178 solucionar. Explicou que os dados se referiam ao ano de 2017, para o estado da Bahia com um todo, sendo assim, eles  
179 precisavam melhorar as coberturas vacinais até o final do ano. Então a SESAB fizera uma breve análise do que poderia estar  
180 acontecendo, as coberturas vacinais e a homogeneidade abaixo da meta vinha se destacando muito, e o Estado discutira com  
181 os núcleos a fim de conversarem com os municípios. Através da análise tinha sido possível identificar que a queda nas  
182 coberturas não está diretamente relacionada ao desabastecimento dos imunobiológicos, fazendo um adendo que em 2017  
183 algumas vacinas tinham atrasado, demorado de chegar e eles tinham tido que passar as remessas parceladas, apesar de não  
184 ser exatamente por este motivo. E a SESAB começara a pensar em outras causas como o sub-registro, por ser um problema,  
185 pelo fato de que antes era um sistema e depois tinha passado para o SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de  
186 Imunização), sistema este que tinha sido um avanço para quem trabalha com sala de vacina, por ser nominal, assim, quando a  
187 pessoa chega, já tem o registro do nome, o nome da mãe e o endereço, sendo possível atribuir aquela dose para a pessoa, o  
188 que tinha facilitado o resgate posteriormente. O único problema tinha sido que, para utilizar o sistema, era preciso usar internet  
189 e na época a SESAB tinha comprado computadores para todas as salas de vacina do estado, entretanto, auditorias tinham  
190 apontado que em alguns municípios os computadores tinham sido mudados de função, ainda que a SESAB tivesse orientado  
191 que era especificamente para ser utilizado na sala de vacina. Além do fato de ter pessoas que trabalhavam na sala de vacina,  
192 mas não sabiam manejar computador e todo mundo tinha enfrentado dificuldades, embora tivesse ocorrido o avanço na  
193 implantação nominal, parecia que o mesmo influenciara na qualidade dos dados. Sendo assim, eles observavam a  
194 necessidade de atualizar a versão do sistema, que por sua vez é atualizado pelo Ministério da Saúde, portanto o município, ao  
195 atualizar a sua versão, se não estivesse linkada com o do Ministério da Saúde, o dado ficava sem migrar, então a SESAB faria  
196 uma web conferência para discutir com o pessoal que trabalha nas salas. Disse que eles tinham optado pela web porque ficava  
197 mais fácil, a pessoa poderia assistir de qualquer lugar, sem precisar ir para uma sala de videoconferência. Informou também  
198 que eles enviariam o aviso para todos os gestores municipais, via COSEMS, para transmitirem para as pessoas que trabalham  
199 com imunização e para discutirem aquele problema, porque quando o município manda não é enviado à base. Ela alertou que  
200 precisam buscar todas as possibilidades para melhorar o registro e a cobertura e alertou quanto à uma marcação inadvertida  
201 no campo 'vacinação anterior', significando que o paciente tomara a dose que está no SI-PNI, mas a pessoa da sala tinha

202 querido atualizar, por ter uma dose que ainda não estava lá e quando a mesma colocava a vacinação anterior, o dado não  
203 migrava, aquela dose do dia, e depois ela registrava as demais. Outra dificuldade apontada, a implantação do SI-PNI online,  
204 porque os municípios tinham encontrado problemas em relação à internet. Em seguida ela passou a apresentar a implantação  
205 do SI-PNI no estado da Bahia, de 2012 a 2017, explicando que o sinalizado em azul representava os municípios, e em  
206 vermelho o número de salas, e concluiu dizendo que em 2017 o estado tinha trezentos e oitenta e cinco municípios com SI-PNI  
207 instalado, os demais estavam sendo orientados pela DIVEP para abrir o sistema anterior e registrarem o dado, mas não  
208 dava mais para fazerem assim. Logo, ela alertava para o problema de os dados não estarem sendo migrados e por estar  
209 prejudicando tanto o Estado quanto o município, pelo fato das coberturas estarem baixas. Informou que eles tinham  
210 programado um curso básico de vacinação para outubro e a *web* possivelmente para setembro, além da aquisição de um  
211 *software* para acesso remoto da máquina dos gestores, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelo nível central.  
212 Quanto à campanha nacional de multivacinação, estratégia para melhorar a rotina, aconteceria de onze a vinte e dois de  
213 setembro, o 'dia D' no dia dezesseis de setembro e o material para todas as vacinas seria encaminhado, na tentativa de  
214 atualizar a rotina dos gestores. Disse que a vacinação seria seletiva para a atualização da caderneta e também deveria ser  
215 lançada no sistema, sendo alimentada para alcançar a cobertura vacinal. A última apresentada, a campanha de vacinação  
216 antirrábica, do dia primeiro de setembro a dezesseis de outubro, com previsão de imunizar oitenta por cento da população  
217 canina e felina, sendo uma meta mais baixa do que a vacinação de pessoas. Concluindo, pediu a todos para divulgarem as  
218 informações colocadas, no intuito de tentar entender o porquê das baixas coberturas. O **Coordenador da CIB** perguntou se  
219 alguém tinha alguma dúvida ou comentário e, não havendo, passou para a próxima apresentação, convocando a  
220 SUREGS/DICON para falar acerca do Sistema SUREM (Sistema Estadual de Regulação). **Cássio Garcia** informou que o  
221 ponto ficaria para depois e **Stela Souza** adjetivou como grave o problema no estado com os indicadores baixíssimos de vacina,  
222 o problema do SI-PNI já havia sido levado para o Ministério e, portanto, ela pedira ao Estado para tomar as devidas  
223 providências, tendo em vista o problema de alguns municípios, com cento e quatro por cento de cobertura e aparecerem a  
224 nível nacional com trinta ou vinte por cento. E passou a fala para Cássio Garcia dar início aos pontos de pauta do Grupo  
225 Condutor. **Cássio Garcia** saudou a todos, informou que a reunião mensal do GCE tinha tido uma pauta muito tensa, entretanto  
226 ele seria breve ao passar os informes da reunião. Comentou o surgimento de um ponto de pauta muito importante, com  
227 necessidade de pactuação em CIB, sobre a proposta do Ministério da Saúde de migrar cento e vinte e nove procedimentos do  
228 FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) para o MAC e entendendo a importância do movimento, a área técnica  
229 da SESAB tinha feito um estudo a respeito e apresentara na reunião do GCE, tendo havido o encaminhamento de, antes de  
230 ser elaborada uma proposta em relação à migração do FAEC, a CIB enviar uma resolução ao Ministério, colocando que a  
231 Bahia não concorda com o formato da metodologia feita, assim como outros vinte e dois estados já tinham feito. Para os  
232 gestores entenderem, deu um exemplo do rastreamento do câncer de mama que, se fossem analisar o período atual, o FAEC  
233 tinha dado um salto na sua série histórica, entretanto, com a proposta do Ministério, o período a ser avaliado seria de junho de  
234 2016 a maio de 2017. Explicou que em 2016, com o período eleitoral, o rastreamento fora paralisado, só retornando em março  
235 2017, ou seja, só nesse procedimento ocorreria um viés negativo para a Bahia, onde a média ficaria bem abaixo da anual.  
236 Outros procedimentos também com uma série histórica muito baixa ou inexistente, como por exemplo, cirurgia bariátrica, que  
237 consequentemente eles não sabiam qual seria a recomendação do Ministério, mas esses procedimentos poderiam ficar fora do  
238 MAC. Então eles aprofundariam. Colocava claro que a Bahia não concordava, portanto seria feita a resolução se fosse  
239 aprovada pelos membros da CIB. **Stela Souza** solicitou que fosse aprovado o ponto, um por um, e lembrou que no caso do  
240 FAEC os procedimentos que estavam iniciando no estado ou em qualquer parte do Brasil, entrariam na série histórica, ou seja,  
241 dali por diante só seria possível aparecer poucos pacientes. Era algo extremamente grave, portanto, se fosse o entendimento  
242 de todos, a CIB publicaria a resolução, colocando que a Bahia não concorda, e pontuou a necessidade de se realizar um  
243 estudo mais detalhado, porque não fora esclarecido pelo Ministério, mas estava previsto para ser apresentado na CIT do dia  
244 trinta e um de agosto. **Cássio Garcia** perguntou se poderia mostrar a resolução para todos, para aprovarem ou não. **Alcina**  
245 **Romero** (SESAB/SAIS/DAE) saudou a todos e se dirigiu **Cássio Garcia** dizendo que eles estavam aprovaando a resolução com  
246 os considerandos da nota técnica e **Cássio Garcia** sinalizou que posteriormente eles encaminhariam a resolução com a nota  
247 técnica, e, apesar de não ter sido determinado prazo, fora previsto um prazo possível de quinze a vinte dias para apresentarem  
248 e enviarem o estudo ao Ministério da Saúde e a informação constaria na resolução. **Stela Souza** concordou e pontuou que a  
249 manifestação era para evitar que no dia trinta e um fosse aprovado em Brasília e a Bahia fosse prejudicada, tendo em vista que  
250 eles precisavam de tempo para analisar, pois caso contrário, seria um prejuízo enorme para a Bahia, assim como para os  
251 estados da federação. E finalizou, perguntando se todos concordavam que o documento fosse emitido e, após o ponto ter sido  
252 aprovado por unanimidade passou para o próximo ponto do Grupo Condutor e **Cássio Garcia** informou o ponto seguinte:  
253 Programa de Suporte Ventilatório e oxigenoterapia - SESAB/SAIS/DAE, segundo ele, o Estado está com um grande problema  
254 devido ao número elevado de pacientes recebendo oxigenoterapia que não se enquadram nos protocolos, por isso a DAE  
255 levava a pauta para o Grupo Condutor e Alcina Romero explicaria à CIB. **Alcina Romero** fez uma ressalva de que não há  
256 protocolo, eles seguiam apenas os requisitos da portaria instituída em 2007, sobre a obrigação de fornecimento de  
257 oxigenoterapia e suporte ventilatório para pacientes com doenças neuromusculares. Informou que a Bahia vem garantindo  
258 estes equipamentos desde 2008, através de oxigênio, concentrador ou bipap, mas a partir de 2013 o Estado observara um  
259 aumento muito grande do número de pacientes que tinham solicitado o uso de cpap, nos casos de apneia do sono,  
260 extrapolando completamente o orçamento estadual. Explicou que atualmente há uma média de mil e seiscentos pacientes em  
261 uso de suporte ventilatório residencial e praticamente cinquenta por cento usando cpap por apneia do sono. E disse que tinha  
262 ficado estabelecida a formação de um grupo de trabalho no GCE, com a participação do COSEMS, e já tinham construído um  
263 protocolo, junto com a Sociedade Baiana de Pneumologia e com a referência estadual, o grupo de pneumologia do Hospital  
264 Octávio Mangabeira e seria ampliado com mais participação do COSEMS para ser validado e depois eles criarem algumas  
265 propostas de como manejar o Programa e como conduzi-lo, de forma a continuar garantindo a oxigenoterapia e o suporte  
266 ventilatório para os casos que fossem realmente necessários. Ela informou que atualmente o Programa é responsável pelo  
267 fornecimento do equipamento e gás para quarenta e quatro pacientes em uso de ventilação mecânica em residência, ou seja,  
268 um número considerável de pessoas saídas das unidades de terapia intensiva, além de outros tantos pacientes com doenças

269 obstrutivas pulmonares e doenças neuromusculares em uso de concentrador e bipap. Acrescentou que quase setecentos  
270 pacientes usam cpap, com metade deles estando fora do padrão mínimo de necessidade do uso do equipamento, e no.  
271 **Cássio Garcia** agradeceu e informou o ponto seguinte: Aditivo do Plano Estadual de Atenção ao Câncer no Hospital do Oeste,  
272 no Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho, em Irecê e o Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães,  
273 passando a fala para o Secretário, pois eles haviam comentado o ponto na reunião do GCE e o Estado estava aditivando  
274 UNACON e investindo, a partir da determinação do próprio Secretário, sendo assim, seria pertinente ele dar a notícia para os  
275 gestores. Fábio Vilas-Boas informou reunião com o Governador, onde tinha explicado a situação da oncologia no estado e o  
276 mesmo tomara a corajosa decisão de autorizar a implantação de serviços, não só de oncologia, mas também serviços de alta  
277 complexidade em cardiologia, no Hospital do Oeste, no Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho - em Irecê, e no  
278 Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães - em Porto Seguro. O hospital de Irecê sofreria uma intervenção de  
279 ampliação e reforma, aumentando em sessenta leitos de internação, vinte leitos de UTI adulto, cinco leitos de UTI neo, um  
280 serviço de PPP, mais uma hemodinâmica e uma UNACON com radioterapia. O hospital também receberia uma construção  
281 para agregar mais de noventa leitos, além de reformar por dentro algumas áreas para implantar UTI neo, semi neo, cardiologia,  
282 e uma reforma no centro cirúrgico, sacrificando quarenta leitos e ficando com um saldo de ampliação de cinquenta leitos. Além  
283 dos outros serviços, uma área de oito mil e quinhentos metros quadrados nos terrenos ao lado tinha sido desapropriada para a  
284 implantação da oncologia com radioterapia. Ele informou também que Porto Seguro aumentaria a UTI de cinco para dez leitos,  
285 mais dez leitos de UTI cardíaco e neuro, bem como a implantação do serviço de hemodinâmica e cirurgia cardíaca, além do  
286 serviço de oncologia e radioterapia. Segundo o gestor aquelas seriam as três intervenções iniciais que o Estado já estava  
287 fazendo e, em Irecê, as Obras Sociais Irmã Dulce fariam a obra e a SESAB repassaria o recurso, colocando que o mesmo  
288 seria feito com as outras unidades em questão. Ele disse estar esperançoso que dentro de seis meses pudessem ter  
289 finalmente a solução da tão aguardada implantação da oncologia e da cardiologia do Oeste, para aliviar a região de Irecê com  
290 a oncologia e cardiologia, deixando de ser necessário transferir, todos os dias, pacientes vítimas de infarto para Salvador,  
291 necessitando fazer cateterismo cardíaco. **Cássio Garcia** colocou o ponto para apreciação da CIB e todos **aprovaram por**  
292 **unanimidade**. Ainda no tema da oncologia, ele colocou que habitualmente é feita na reunião do Grupo Condutor a  
293 apresentação do panorama geral da oncologia, tendo surgido alguns pontos que ainda precisavam de ajustes, um deles em  
294 relação a Vitória da Conquista, pela situação do prestador habilitado em 2017, o SAMUR, que está com baixíssima execução,  
295 correndo o risco de perder o recurso se não fosse tomada alguma medida urgente, e a decisão do GCE fora de trazer a  
296 proposta para a CIB, convocariam a secretária do município de Vitória da Conquista para discutirem sobre a oncologia no  
297 município, na segunda-feira, com o COSEMS e a SESAB. Caso ela não se manifestasse e eles não chegassem a um acordo  
298 para o acesso dos usuários, o recurso contratualizado com o município seria levado para o Estado fazer a contratualização.  
299 **Alcina Romero** informou que Ceres Neide, a Secretária, havia conversado com a área técnica da SESAB, dando algumas  
300 justificativas, atualizando o Estado sobre algumas questões e pedindo para a reunião ser transferida para terça-feira. **Stela**  
301 **Souza** disse que havia conversado com a Secretária também e ratificou a solicitação da mesma para a reunião acontecer no  
302 dia vinte e nove deste mês. Porém no GCE eles também tinham tratado de outros dois municípios executores, Teixeira de  
303 Freitas e Itabuna e explicou que os casos desses dois municípios vinham acontecendo desde 2013 e o Estado dera  
304 oportunidade, ponderando que quando solicitavam recurso para oncologia ao Ministério da Saúde, era dito para eles reverem  
305 primeiramente o teto, por ter recurso sobrando no estado. Portanto, eles vinham pedindo, o Estado já estava implantando  
306 outros serviços e o COSEMS também estava pedindo auxílio dos municípios, sendo assim, era necessário se reunir também  
307 com Teixeira de Freitas e Itabuna para tentarem solucionar o problema. **Ceres Neide Almeida Costa** (SMS/Vitória da  
308 Conquista) reclamou que não havia sido convidada para a reunião do GCE e que tinha conversado com Alcina Romero  
309 justamente para saber de onde tinham saído os resultados tão baixos da UNACON do Hospital SAMUR e as informações do  
310 DATASUS não coincidem com as informações apresentadas pelo GCE, tinha informado a DAE a respeito, e pediu para rever  
311 os números, porque não batiam com as informações do DATASUS e da própria Secretaria de Saúde do município. Ressaltou  
312 que se trata de um serviço novo, habilitado no final do ano, tendo iniciado sua produção no dia vinte e oito de fevereiro e, ao  
313 longo dos meses, sua produção fora crescente. Em relação à porta de entrada, o município de Vitória da Conquista vinha  
314 deixando em aberto, ficando para a demanda espontânea, tendo sido um acordo feito com o Estado nos primeiros meses,  
315 quando a regulação não seria feita, para que a demanda fosse crescente e o município tinha então aguardado o  
316 estabelecimento do fluxo pelo GT de oncologia, que estava discutindo o protocolo, para eles puderem estabelecer em Vitória  
317 da Conquista. Relatou que, como tinham tomado conhecimento de que a aprovação seria nesta CIB, ela havia marcado uma  
318 reunião para a semana seguinte, além disso, o município vinha programando um movimento junto com a UNACON, para  
319 fazerem algumas mobilizações e ser possível aumentar a demanda dentro do serviço. **Alcina Romero** respondeu que a DAE  
320 reveria os números, com certeza na terça-feira elas conversariam e informou que o protocolo tinha sido uma demanda da  
321 última reunião do GT de oncologia – e explicou que o mesmo tinha tido uma interrupção, devido ao fato de alguns secretários e  
322 técnicos não poderem comparecer - mas que com certeza a SESAB finalizaria o protocolo até a próxima CIB, de setembro.  
323 Disse também que protocolo de acesso fora pensado para unificar todos os requisitos para acesso a UNACON para todo  
324 estado da Bahia e atualmente cada UNACON realiza seus requisitos de acesso, faz seus critérios e se os mesmos fossem  
325 unificados seria mais fácil. **Cássio Garcia** agradeceu à Secretária de Vitória da Conquista e prometeu conversar com todos  
326 para resolver a situação, validando a proposta feita anteriormente no Grupo. **Bruna Ribeiro Alves** (representante da  
327 Macrorregião Sudoeste e Secretária do município de Cordeiros) concordou que o ponto de pauta envolvia a regional, pois  
328 vinha sendo atendida por Vitória da Conquista, sendo assim, primeiramente o ponto deveria passar pela CIR e o próprio  
329 município usuário do serviço, deveria levar a questão para ser discutida na CIB. Pontuou que eles precisavam tomar mais  
330 propriedade sobre a pauta e discuti-la porque, apesar de ser um serviço novo no SAMUR, a conversa mais próxima com Vitória  
331 da Conquista seria melhor do que com o Estado. Assim, que a discussão fosse mais ampla, também com os municípios, não  
332 sendo só pautada com os executores, tendo em vista que o ponto é de extremo interesse de todos os municípios, por se tratar  
333 de um serviço novo sendo implantado. E precisavam melhorar também o diagnóstico, porque apesar deles terem o UNACON e  
334 o Hospital SAMUR atendendo, era necessário ter resolutividade no diagnóstico, porque os municípios estavam tendo que arcar  
335 com o custo. Sendo assim, precisavam rever a questão, pensando em uma forma de ajudar os usuários a diagnosticarem o

336 CA, pois as chances são maiores nos estágios iniciais, não levando a metástase e até a óbito. **Stela Souza** esclareceu que ela,  
337 como COSEMS, deveria informar a todos os municípios que o estudo de execução do teto de oncologia não vinha da região,  
338 mas da produção e do repasse financeiro, porque, por exemplo, Feira de Santana e Salvador, com um teto estourado em  
339 oncologia, caso a região e o município fosse pedir ajuda à CIB, para solicitar um complemento ao Ministério, por estarem com  
340 o teto estourado, seria necessário levar também a produção da Bahia, pois se o estado recebera cem milhões para a  
341 oncologia, e desse valor ele vinha executando oitenta milhões de reais, o Ministério exigiria o repasse dos vinte milhões de  
342 reais para o que estivesse com o teto estourado na produção. Informou que a realização de desde 2013 a CIB vinha realizando  
343 o estudo do teto da oncologia dentro do GCE, focando em produção, números e faturamento versus repasse de recurso, e na  
344 última reunião do COSEMS eles tinham sugerido chamar o município para ver o que estava acontecendo, pois como a  
345 Secretária esclarecera com o COSEMS e com a SESAB, talvez houvesse algum erro de informação, como por exemplo, a  
346 produção não ter sido informada corretamente ou não estar entrando no site. Então, para evitar a cobrança, ou evitar de o  
347 Secretário levar uma pauta de aumento de teto de oncologia do estado da Bahia e o Ministério apresentar a conta dizendo ter  
348 sobra de teto, além de saber que tem, pelo menos, mais dois outros serviços na mesma situação, e como o Ministério conta  
349 como teto do estado da Bahia e não por município, outros municípios e pacientes poderiam perder. **Cássio Garcia** lembrou  
350 que sempre que aditivavam ou faziam alguma alteração era levado para a CIR dentro do plano, para discutir e caso não viesse  
351 da CIR, a CIB nem discutia no Grupo Condutor Estadual. Dando seguimento, reforçou que Itabuna e Teixeira de Freitas  
352 também seriam chamados ao GT para se posicionarem em relação ao colocado por Stela Souza, quanto aos mesmos terem  
353 recurso, mas a execução estar bem aquém. Seguindo, ele comunicou o ponto de Alteração no Plano de Atenção de Redes de  
354 Urgência e Emergência de Teixeira de Freitas com a inclusão de dez leitos de UTI em Mucuri: disse que a pauta havia sido  
355 discutida em CIR e o gestor municipal ampliara a implantação para dez leitos de UTI, atualmente a unidade possui setenta  
356 leitos e o gestor se comprometera em ampliar mais trinta leitos. **Stela Souza** acrescentou que a única coisa que eles  
357 colocavam é que havia uma proposta em que os leitos seriam para 04 municípios e que o leito na verdade é para a Central de  
358 Regulação, igual aos outros, e não dava para eles fecharem e esperarem que aqueles 10 leitos fossem utilizados apenas por  
359 aqueles 04 municípios. Referiu que já tinha conversado com o Secretário, o Prefeito estivera na reunião e o COSEMS tinha  
360 explicado que ele seria aberto. Então, reiterou que aprovavam, na condição de ser leitos para Central de Regulação fazerem o  
361 processo regulatório. **Cássio Garcia** pontuou que fora muito bem lembrado a colocação de Stela e reiterou que os leitos  
362 seriam todos regulados pela Central de Regulação e solicitou aprovação, o que foi referendada por todos. Prosseguiu  
363 esclarecendo o item 1.4 de Pactuação, do Grupo Condutor de Redes - **Estudo de execução físico e financeiro da Rede**  
364 **Estadual de Neurologia/Neurocirurgia**: informou que fora uma demanda do Ministério da Saúde e do Grupo Condutor, então  
365 passava para Alcina Romero trazer mais detalhes. **Alcina Romero** esclareceu que esse estudo fora uma demanda do Grupo  
366 Condutor, quando tinham apresentada na reunião passada a proposta de desabilitar algumas unidades que estavam  
367 habilitadas e sem produção e tinham pedido a habilitação de mais três unidades que já fazem procedimentos de neurocirurgia  
368 de alta complexidade, mas o Ministério alega que a Bahia já dispõe de 21 unidades e algumas não estão produzindo e o MS  
369 não habilitaria mais nenhuma antes de o Estado fazer uma reorganização. Então fora apresentada esta proposta de se fazer  
370 um Estudo de Execução Físico/Financeiro, e a proposta final tinha sido de desabilitar o Hospital Santo Antônio que já não faz  
371 Neurocirurgia de Alta Complexidade há muito tempo, já tinha ensejado a falta da condição de fazê-lo porque já faz muitas  
372 outras Linhas do Cuidado. O Hospital Espanhol, apesar de fechado ainda constava para o Ministério da Saúde como fazendo  
373 parte da Rede de Neurocirurgia de Alta Complexidade, e o Hospital São Rafael, que informara ao Município do Salvador que  
374 não teria mais condição de fazer Neurocirurgia de Alta Complexidade. Em contrapartida referiu que a proposta é solicitar a  
375 habilitação do Hospital Mário Dourado Sobrinho de Irecê, da rede própria, que já faz procedimento, o Hospital de Guanambi e o  
376 Hospital Dantas Bião. Além disso, referiu que o Hospital Sarah, um desses 21 Hospitais que compõem a Rede de Alta  
377 Complexidade de Neurocirurgia, tivera a desabilitação dos seus 10 leitos de UTI solicitada pelo município de Salvador, e  
378 reforçou que este hospital nunca tivera leito de UTI e o Grupo Condutor entendera que o mesmo, em não tendo leito de UTI,  
379 também não deveria estar na Rede de Alta Complexidade de Neurocirurgia, e em um ano a produção do Sarah informada tinha  
380 sido de um procedimento de alta complexidade, que é de alto custo, mas é simples de ser feito. **Então seriam 04 unidades**  
381 **desabilitadas 03 habilitadas e mais a habilitação de 02 Centros de Referência**. Reiterou que hoje existe um grande gargalo  
382 na Bahia, não tendo um centro de Referência de Neurocirurgia, e ficando sem poder informar, realizar e financiar pelo SUS,  
383 vários procedimentos, principalmente da área de endovascular, de neuroendo e de cirurgia de epilepsia, e apresentou os  
384 Centros de Referência de Neurocirurgia: o HUPES e Hospital Roberto Santos. Foi aprovado. Cássio Garcia solicitou  
385 aprovação referente ao ponto 2.1 de Pactuação da Pauta GCE – Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência: OPM e CER  
386 habilitados, referindo que esta é uma pauta que sempre retorna para a CIB, que já fora exaustivamente discutida há três anos  
387 e passou para Liliane Mascarenhas fazer a apresentação. A Diretora da Diretoria de Gestão do Cuidado, **Liliane**  
388 **Mascarenhas**, informou que na Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência, tinham conseguido ampliar o número de  
389 serviços de reabilitação, no entanto não estava vindo aporte de recurso do Ministério de Saúde para concessão de órteses e  
390 próteses auxiliares de locomoção e hoje verificavam que os serviços, que em 2010, quando se discutira PPI, e tinha uma série  
391 histórica pelo serviço existente, fora aportado o recurso pelo que existia no município com serviço de reabilitação, porém esses  
392 serviços não estão realizando as concessões de equipamentos, com essas demandas dirigidas para Salvador, especificamente  
393 para o CEPRED e muitas vezes, no Conselho Estadual da Pessoa com Deficiência, o Estado é questionado pela dificuldade de  
394 acesso aos equipamentos. Então ela colocara este assunto para o Grupo Condutor a fim de se debruçarem sobre este recurso  
395 existente de OPM para se poder fazer uma proposta efetiva, garantindo o acesso aos equipamentos nos serviços de  
396 reabilitação, até para identificar junto aos gestores qual a dificuldade, se de aquisição ou de logística, porque a população está  
397 cobrando acesso aos equipamentos. Diante disso foi pactuado a formação deste grupo pelo Grupo Condutor que estará  
398 discutindo essa questão, e pensando estratégias de como viabilizar o acesso aos equipamentos tentando ao máximo zerar a  
399 fila de acesso aos OPM. Cássio Garcia acrescentou que sobre OPM e CER, que foram habilitados no ano de 2016 com muito  
400 esforço e que hoje tem grande dificuldade em alguns municípios, consensuou que convocariam esses municípios para verificar  
401 a situação de cada um, o porquê da baixa execução e ao mesmo tempo, caso não houvesse avanço, a possibilidade de  
402 auditoria. **Stela Souza** ressaltou serem os mesmos, porque os recursos estão alocados nos mesmos municípios e em defesa

403 dos municípios, os tinha chamado para conversar, a própria diretora da DGC reafirmara, em 23/08/2017, que, por não estar  
404 muito claro e ser difícil buscar a Portaria PPI/2011, muitos gestores novos não sabem da obrigação de comprar cadeira de  
405 rodas para o município vizinho ou para seu município, pois tem esse recurso em seu Teto. Então preferiram chamar todos os  
406 gestores para mostrar as portarias, a produção que teria que executar, e em tendo um documento oficial e não cumprindo,  
407 podia então se pensar em um remanejamento ou qualquer outra coisa. **Odilon Rocha** colocou que apesar de entender a  
408 posição de Stela Souza, já tendo havido a mesma discussão há anos, destacou que essa situação de o gestor novo não  
409 saber..., mas o dinheiro estava chegando lá, e que esse sabia cobrar quando outro gestor não deixa AIH e manda o paciente.  
410 Reafirmou ser uma área extremamente importante, que tem recursos não tão importantes, mas que tem pessoas que não  
411 fazem nenhum tipo de atendimento. **Stela Souza** questionou se **Odilon Rocha** concordava em discutir este assunto na  
412 reunião, fazer avaliação e que se tomasse providência. **Odilon Rocha** concordou desde que tirassem o dinheiro. **Cássio**  
413 **Garcia** ratificou a apresentação de Alcina Romero, quanto à desabilitação dos 10 leitos inexistentes de UTI do Hospital Sarah e  
414 que não tem recurso, pois alguém podia perguntar por que estão desabilitando se são inexistentes e não tem recurso, mas  
415 para o Ministério constam esses 10 leitos, mesmo não sendo existentes, e reiterou que quem perde é a própria Bahia.  
416 Prosseguiu a Pauta do Grupo condutor, referente ao ponto **2.2** de Pactuação da Pauta - Alteração do Teto financeiro de Média  
417 e Alta Complexidade do Estado da Bahia - informou que o Ministério da Saúde tinha praticamente abandonado o SisPPI,  
418 sistema utilizado para envio das informações de média e alta complexidade dos estados ao Fundo Nacional de Saúde e,  
419 consequentemente, tinha havido a necessidade de se desenvolver um novo sistema pela área técnica da SESAB. Com o  
420 desenvolvimento do novo sistema, tinha surgido a necessidade de fazer reorganizações no Teto Financeiro do Estado, o que  
421 tinha sido feito nesse período. E o que tinha ocasionado isso fora que o Teto do mês de julho, que tinha sido enviado no dia 25,  
422 não tinha sido possível fazer todos os ajustes e apresentá-los adequadamente ao COSEMS, consequentemente, tinham  
423 enviado o mesmo Teto, sem as alterações dos 10 municípios que tinham assumido o Comando Único. Pontuou que trouxera  
424 esses 10 municípios como informe, esclarecendo a todos os presentes a razão dos mesmos não terem sido contemplados no  
425 mês anterior. Assim, estavam corrigindo esse problema, confirmando esses 10 municípios no Teto que seria enviado no dia  
426 25/08, com duas competências, então seriam 2/12 avos que esses municípios receberiam no próximo mês. **Stela Souza**  
427 registrou os 10 municípios são: Boquira, Canavieiras, Nordestina, Sento Sé, Xique- Xique, Maragogipe, Irará, Quijingue,  
428 Sebastião Laranjeiras e Urandi. E como Cássio Garcia esclarecera, ela e o Secretário de Saúde do Estado assinariam o teto, e  
429 o Ministério enviaria 2/12 avos para os 10 municípios, lembrando que todos os municípios recebem 1/12 avos, porque é um por  
430 mês, então, no início de setembro esses 10 municípios receberiam o valor dobrado, mas no próximo mês esses 10 municípios  
431 receberiam o valor normal que é referente ao mês. **Cássio Garcia** parabenizou a equipe da COPRI pelo trabalho bastante  
432 extenso e agradeceu a participação do COSEMS nessa avaliação do Teto Financeiro e isso fora feito nesses últimos dias.  
433 Passou a palavra para apresentação do ponto discutido no Grupo Condutor sobre Oftalmologia, para relato da situação atual  
434 pela Superintendente da SUREGS: **Ana Paula Andrade** apresentou um breve histórico, lembrando-se das pactuações feitas e  
435 trazendo a situação atual, dos atendimentos de glaucoma e o que tinha sido pactuado, como deveria funcionar os novos  
436 serviços de glaucoma no estado. Apresentou a nota técnica do Ministério que tinha norteado a nova resolução CIB, pontuou  
437 que estão trabalhando agora com a Resolução CIB 137/2016, com a Nota Técnica que define diretrizes para o tratamento no  
438 Estado, onde tinha ficado definido que haveria pontos de atenção, sinalizando qual a estrutura física mínima que estes pontos  
439 de atenção deveriam dispor, juntamente com os equipamentos e tratando da necessidade do credenciamento. Além disso, a  
440 tentativa, nos Núcleos Regionais e CIR em identificar como tinham ficado as pactuações, já que a Nota Técnica trazia um  
441 prazo, - fez um adendo de que esta Nota Técnica tinha sido de março/2017 - e indicava três meses de adequação da estrutura,  
442 enquanto unidade de alta complexidade, como necessidade de ajustes dos serviços e que todo serviço prioritariamente deveria  
443 ter um ponto de atenção de alta complexidade, não visando apenas o atendimento do glaucoma, mas o serviço de oftalmologia  
444 que fora pactuado, esse serviço deveria também realizar, conforme preconiza a Portaria do Ministério da Saúde de  
445 Oftalmologia e Cirurgias Oftalmológicas, e os municípios que fossem referência deveriam garantir atendimento dentro de um  
446 ponto de atenção definido, pactuado com cada município. E nesse período de três meses dado pela Nota, em nenhum  
447 momento tinha sido inviabilizada a permanência da continuação dos atendimentos no formato, unidade apenas com  
448 ambulatório poderiam continuar normalmente e se tivesse um entendimento de que alguns prestadores tinham tido dificuldades  
449 em identificar o local, estruturar os serviços, essas unidades poderiam justificar o atraso de três meses, e inclusive pactuando  
450 na própria CIR, qual o prazo que esses serviços estariam prontos e funcionando conforme fora pactuado em CIB e preconizado  
451 pela Portaria do Ministério. Nesse intuito fora enviado um ofício pela DICON, desde abril/2017, solicitando a pactuação dos  
452 municípios para o setor de cadastro poder dispensar as faixas de APAC, de acordo com cada pactuação, e desde abril sem  
453 terem tido resposta da maioria das CIR, o que provocara, em agosto/2017, vários desencontros na informação e ruídos de  
454 comunicação, e a DICON tinha recebido a sinalização de que o técnico Carlos Cunha estaria impossibilitando a liberação de  
455 faixa. Chamou a atenção de que não existe nenhuma negativa da disponibilização das faixas, se queria apenas a pactuação  
456 feita na CIR para conhecimento e dispensar as faixas de acordo com o pactuado, com o CNES da unidade onde aconteceria o  
457 ponto de atenção e qual o prestador que atenderia aquele município. Apresentou todas as Regiões de Saúde, o que tinha sido  
458 foi enviado para a DICON/SUREGS de pactuação das CIR, de município e seu referido prestador, apresentou também as atas  
459 das CIR comprovando isso, e passou as regiões de saúde, uma a uma, para todos ficarem cientes, e reiterou aos  
460 coordenadores de Núcleos, para onde tinham sido enviado os ofícios, e que alguns deles tinham enviado até o ponto de  
461 atenção, mas não tinham informado qual o prestador que atenderia, e a grande maioria nem tinha enviado o ponto de atenção  
462 e o prestador que atenderia. Assim, registrando por região de saúde a situação: Itaberaba - OK; Feira de Santana - OK; Seabra  
463 - OK; Serrinha - OK, apesar de ficar faltando um município que não tinha identificado no material encaminhado, então solicitaria  
464 ao Coordenador do Núcleo de Feira e à CIR de Serrinha, para que sinalizassem esse município. Quanto a Irecê, não recebeu  
465 tinham informação do prestador, então se ele atende em unidade fixa, para a SUREGS não tem problema, porque as APAC  
466 para unidades fixas continuam sendo dispensadas normalmente, mas se ele estivesse atendendo no modelo de itinerante, eles  
467 precisavam da pactuação da CIR, dizendo o prestador que atenderia. Jacobina tinha vindo no encaminhamento da CIR para  
468 esses municípios, apenas o prestador apresentado. Porto Seguro, também não tinha enviado, expressando seu entendimento  
469 de que quem não tinha enviado é porque está atendendo em unidade fixa; Teixeira de Freitas enviou o prestador de toda a

470 região de saúde; Camaçari não tinha enviado; Cruz das Almas também não, assim como Salvador. Lembrou que estava  
471 apresentando a região de saúde e se algum município que compõe a região de saúde de Salvador estivesse sendo atendido  
472 por algum serviço, este tinha que pactuar na CIR de Salvador, dizendo onde está tendo acesso a esse serviço, porque caso  
473 contrário, ao solicitarem a faixa de APAC, se não tivesse pactuação da CIR a SUREGS não disponibilizaria. Santo Antônio de  
474 Jesus também não tinha enviado, podendo até ter pactuado, podendo até o serviço estar funcionando e agora viera a barreira  
475 de fato do faturamento, sendo isso que estava gerando esse ruído de comunicação. Alagoinhas apenas enviara Santa Casa  
476 ofertando para o município de Alagoinhas. Ribeira do Pombal também, o coordenador de Núcleo já havia enviado, mas  
477 estavam repactuando, então tinham enviado nova pactuação. Juazeiro também não tinha enviado nada. Paulo Afonso  
478 mandara tudo certo. Senhor do Bonfim também. Barreiras mandara a Ata, que fora uma das grandes polêmicas, tendo  
479 pactuado apenas o grifado de verde na apresentação, dizendo que duas unidades seriam a referência, mas sem informar  
480 nominalmente o município que fica com cada unidade. Então na região Oeste como um todo tinha tido as suas atas vindas de  
481 Ibotirama, Santa Maria da Vitória e de Barreiras no mesmo layout, então se não enviassem para a SUREGS, como as outras  
482 regiões tinham enviado, definindo o prestador que vai atenderia cada município, a Superintendência não teria como avançar.  
483 Ibotirama da mesma maneira, a Ata vierada CIR, tendo pactuação da CIR, mas sem distribuição por município. Santa Maria da  
484 Vitória a mesma coisa, pactuara que tem o prestador, mas não definira os municípios que estariam vinculados a estes  
485 respectivos prestadores. Brumado da mesma maneira enviara a Ata da CIR, mas só contemplando o nome da unidade, não  
486 informando o prestador que atenderia, faltando agora apenas inserir esta informação. Falou que a gestora Carol enviara o  
487 nome da unidade onde vinha acontecendo o serviço e não tinha enviado o prestador que atenderia informou e já tinha  
488 sinalizado para ela, que viera incompleto. Então, Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista estando na mesma  
489 situação, não tendo ficado definido os prestadores, assim por mais que o prestador estivesse atuando na região, se não fosse  
490 enviado a pactuação pela CIR a SUREGS não liberaria e infelizmente seria o “carrasco do Sr. Carlos” que não liberaria as  
491 faixas. Ilhéus e Itabuna também não, da mesma forma que Jequié e Valença. Disse ser esta a situação de vinculação de  
492 pactuação de cada CIR com os serviços e pontos de atenção onde vinha acontecendo o atendimento, e isso para a SUREGS  
493 garantir que os atendimentos não fossem mais feitos em escolas, em feiras, em estádios e que fossem minimamente feitos em  
494 unidade de saúde ou em hospital e não mais em qualquer local. Colocou sobre a situação do credenciamento: hoje  
495 cadastrados 19 serviços no Núcleo de Contratos, com adesão ao credenciamento do Estado para a execução do Glaucoma e  
496 observou a necessidade de estarem atentos ao fluxo desse credenciamento, que é bem claro e tem etapas a seguir. Unidades  
497 novas sem atendimento e que estão montando um novo ponto de Atenção. Esclareceu como funcionava para estas unidades  
498 aderirem ao credenciamento: primeiro ter pactuado na CIR, então solicitou parecer da CIR. Se esta unidade não possuísse o  
499 parecer da CIR de que foi pactuado para prestar serviços, a SUREGES nem avançaria com o processo de credenciamento e  
500 havendo pactuação da CIR, a unidade já estando habilitada junto ao Ministério da Saúde, a Superintendência poderia avançar  
501 com o credenciamento, porque a unidade estaria, assim, apta para atender e faturar. Se não estivesse habilitada junto ao  
502 Ministério da Saúde, a Superintendência avançaria com a habilitação, a partir da unidade habilitada e que se poderia  
503 efetivamente credenciá-la para poder ofertar, o que não impedia dela dar entrada no credenciamento e em alguns momentos  
504 se precisaria fazer vistoria nos serviços. Referiu outra etapa que todos conhecem, a regularidade na apresentação dos  
505 documentos, então tinha trazido o cenário por região de Saúde, por município que tinha solicitado, por unidade onde tem  
506 exatamente qual é a situação: parecer técnico não pactuado em CIR, processo em análise de documento, pendências de  
507 documento, vistorias sendo realizadas, isso sendo o cenário atual que hoje tem contratualizada apenas a unidade CENOE, de  
508 Ilhéus, atuando em Jequié e já habilitado, apto, aguardando apenas resolver algumas questões de vistoria. A unidade de  
509 Itapetinga - este município tendo duas unidades, uma fora remetida para parecer da CIR, e a outra já habilitada por ter  
510 comprovado a situação de regularidade de todos os documentos, a vistoria fora solicitada, e agora estando no processo de  
511 autorizar e publicar o contrato dessa unidade, as demais em processo de vistoria, ou aguardando algum retorno da CIR ou da  
512 própria unidade com pendência de documento. Esclareceu que nesta a situação de credenciamento atualmente de unidades  
513 junto ao Estado, existem várias unidades hoje que estão rodando com os contratos municipais e o outro cenário, a situação de  
514 habilitações aguardando no Ministério da Saúde, as unidades que ainda não tinham sido habilitadas. Este era o cenário que se  
515 relacionado ao glaucoma e em nenhum momento a SUREGS/SESAB tinha oficializado para nenhuma região de saúde para  
516 que fosse interrompido o atendimento pelo não cumprimento integral da estrutura física exigida. Mas óbvio que a unidade  
517 precisando ter aderido ao credenciamento, estar regular quanto aos documentos e ter o contrato efetivamente realizado, e  
518 questão da incompatibilidade da estrutura física, ainda sem ter o Centro Cirúrgico ou ainda sem fazer cirurgia, isso não tinha  
519 sido impedimento para a permanência dos serviços em funcionamento. Entendia de que isso fora uma grande demanda para  
520 dar continuidade à assistência ao glaucoma, e o que se vinha cobrando do da CIR é se de fato existe a unidade e se está se  
521 estruturando para o que se propusera a fazer, que é atender ao credenciamento e, atendendo ao credenciamento, ela teria que  
522 dispor de fato de estrutura, compota do centro cirúrgico e se tinham dúvidas. O Coordenador Adjunto da CIR de Guanambi,  
523 **Gerald Saraiva**, questionou quanto a uma dúvida muito grande da região, porque segundo a apresentação, constava somente  
524 aparece a IOC e quanto a isso na primeira CIR houvera uma definição com o prestador, a maioria estando satisfeita com  
525 relação a glaucoma, mas ao haver o entendimento passado pela coordenação de que precisariam vincular, e se não  
526 precisasse vincular não se teria nem mais o que pensar, porque já havia sido aprovado em CIR, pelo prestador e pelas  
527 unidades, depois que viera a dúvida, gerando alguns problemas. A coordenadora tinha sido motivada depois tinha sido gerado  
528 um ponto de pauta, solicitado pelos gestores, por causa dessa dúvida sobre a vinculação. **Ana Paula Andrade** esclareceu a  
529 dúvida do gestor, informando que em sua apresentação sinalizara que, com o objetivo de não desassistir o glaucoma, inclusive  
530 indo contra sua proposta inicial, de cada serviço montar minimamente um ponto de atenção, com consultório oftalmológico fixo  
531 da instituição no serviço, tendo sido voto vencido pela maioria, ficara pactuado que os serviços se estruturariam no prazo de  
532 três meses, inclusive a Nota Técnica trazia isso, ele não poderia, a partir daquele momento, já dispor do serviço, quem já  
533 tivesse a disponibilidade já poderia ir ofertando e teria a estrutura adequada de serviço de oftalmologia, vários serviços não  
534 tinham e várias regiões não tinham um ponto de atenção de oftalmologia com alta complexidade e na Nota Técnica tinha sido  
535 estipulado um prazo de três meses para os serviços que tivessem o interesse em não só ofertar e permanecer ofertando  
536 glaucoma, eles também deveriam ofertar o serviço de oftalmologia como um todo, conforme preconiza a Portaria de Saúde



537 Ocular e por isso fora feita a Nota Técnica informando quais os equipamentos que deveriam desenvolver essas atividades,  
538 quais os serviços a executar na unidade e o prazo de três meses. Infelizmente alguns prestadores não tinham avançado, daí  
539 tendo várias situações: por não encontrar estrutura, ou por não ter sido priorizado de fato. Ao expirar o prazo em 30/06/2017,  
540 tinha sido cobrado a todos os que estavam atendendo ao credenciamento, que obrigatoriamente teriam que trazer isso tudo e  
541 ainda assim a SUREGS não obrigara que estivesse adequado nesse momento, mas que comprovasse que ele estava se  
542 adequando e trouxesse um prazo para isso o que também não impediria a região de saúde de pactuar ou repactuar, estar  
543 satisfeito ou não. Mas nesse momento as unidades que apresentassem um plano de ação informando que não tinha cumprido  
544 o período de três meses, mas daqui a dois ou três meses estaria executando, ela estaria possibilitada a fazer. O que não podia  
545 acontecer era de, ao solicitarem da CIR ou do Núcleo uma informação referente aos serviços que tinham dito que montariam  
546 um ponto de atenção de alta complexidade e nenhum movimento ser feito, e tendo vários serviços nessa conjuntura, então  
547 esses serviços que não tinham feito nenhum movimento não seriam possibilitados de permanecer atendendo. Teriam que se  
548 estruturar e posteriormente fazer a adesão, mas nesse momento já fora dado para que se já estivesse andando a possibilidade  
549 de pactuação, dizendo o prazo, e a decisão seria do gestor local, os municípios que decidiriam o prestador que faria a sua  
550 assistência. **Gerald Saraiva** indagou quanto ao fato de apenas aparecer IOC na apresentação, sendo que este prestador não  
551 faz nenhum serviço para a região, apenas para Vitória da Conquista, a não ser os que não são FAEC, e questionou se hoje  
552 tem um prestador que faz o glaucoma e que não faz catarata e apresentou a região, dizendo que teria apenas um, desde a  
553 primeira reunião o que causara um alvoroço, porque a região está satisfeita com o serviço de glaucoma de um prestador que  
554 não tem catarata, então na reunião de 23/08/2017 tinham falado a mesma coisa, e mais duas regiões também tinham falado  
555 isso. **Ana Paula Andrade** questionou se este prestador tinha mencionado qual o período que ele apresentaria catarata ou se  
556 ele ficaria apenas com o consultório isolado de Oftalmologia. **(Os dois falaram ao mesmo tempo)**. **Gerald Saraiva** informou  
557 ter algo que não constava no pronto e o outro prestador não se sabia se ele está habilitado porque não aparece na  
558 apresentação da SUREGS. **Ana Paula Andrade** esclareceu que aparecia na sua apresentação quem tinha feito a adesão ao  
559 Estado para o credenciamento. **Stela Souza** registrou que há vários municípios querendo resposta sobre o glaucoma e sugeriu  
560 que fosse feito um elenco de 05 pessoas para fazerem perguntas e Ana Paula responder aos 05 porque uma resposta podia  
561 até contemplar ao outro. O Secretário de Saúde de Guanambi, **André Moutinho**, informou que a sua região está vivendo um  
562 imbróglio jurídico muito grande, inclusive tendo havido uma reportagem no Fantástico do dia 25/06/2017, sobre as fraudes no  
563 Programa do glaucoma, tendo aparecido nesta reportagem um médico de Guanambi, um dos sócios do Instituto de Olhos da  
564 Bahia – IOBA, que se desentendera com os outros sócios, tendo saído da Clínica, levado ao Ministério Público algumas  
565 denúncias de irregularidade de fraude, o Ministério Público Federal vinha fazendo a investigação, a Polícia Federal já estivera  
566 em Maceió, já tendo sido preso um dos sócios da clínica, já tinham estado em Brumado, apreendido computadores,  
567 documentos, e depois daquela reportagem as pessoas tinham começado a ligar para uns programas de rádio em Guanambi,  
568 para dizer que estavam sendo diagnosticados com glaucoma e na realidade não tinham glaucoma, usando colírio e passavam  
569 mal. Questionou a posição do Secretário nessa situação, e que levava este questionamento à CIR onde tinham resolvido, por  
570 unanimidade, ‘provocar a SESAB’. Informou que recebera um ofício de Ana Paula Andrade sugerindo a suspensão dos  
571 atendimentos do Projeto Glaucoma, assim o tinham feito, estando agora respondendo a um mandado de segurança e estava  
572 torcendo para que a justiça determinasse a volta do atendimento, porque assim estaria protegido por determinação judicial e  
573 não sofreria mais a pressão que vinha sofrendo da população, todos os dias se dirigindo a ele para esclarecimento em relação  
574 aos atendimentos suspensos. E acrescentou que estava tentando a habilitação de um novo prestador, o CEOC, e nessa data  
575 fora informado que a região não pode ter dois prestadores e já tinha feito esta pergunta há alguns meses tendo sido dito que  
576 podia, tendo sido confirmado hoje pela técnica Fátima que não poderia ter dois prestadores. Disse que nesse momento está  
577 habilitando o CEOC e se o IOBA comprovasse na justiça, de que não tinham cometido ilícitos em Guanambi, como ficaria, se  
578 eles comprovassem a sua inocência. Então por isso que Guanambi atualmente está desassistida por essa questão jurídica.  
579 **Stela Souza** passou a palavra para Jaqueline Bonfim fazer seus questionamentos e a gestora do município de Coribe,  
580 **Jaqueline Bonfim**, colocou uma situação que fugia da história de credenciamento, que se sabia que os seus pacientes estão  
581 desassistidos e essa situação já decorrendo desde o início do ano e nem todos os pacientes poderiam ficar ouvindo se o  
582 prestador conseguira credenciar ou não, porque até então o serviço ia para o território fazer, enquanto esses prestadores em  
583 processo de tramitação ou de aprovação, informou inclusive já ter havido muitas informações se podiam ou não ter mais de um  
584 prestador. Perguntou o que seria feito enquanto não se resolvesse a situação dos credenciamentos e se esperaria mais 50, 60  
585 ou 90 dias, e que resposta daria aos pacientes desassistidos, se fazia de forma errada, se existia uma nova normativa. Sugeriu  
586 um termo para verificarem quem podia fazer, mas que tivesse uma alternativa para esses pacientes desassistidos. **Stela**  
587 **Souza** passou a palavra para **Gerardo Júnior**, Secretário de Saúde de Livramento de Nossa Senhora, Coordenador Adjunto  
588 da CIR da região de Brumado, que questionou que o prestador e o gestor de Brumado estavam querendo saber se  
589 continuavam ou não prestando o serviço, porque tinha havido um desencontro de informação, então, solicitava desde fórum  
590 uma orientação. **Raul Molina** colocou que tinham acordado uma proposta de que não queriam mais aqueles prestadores que  
591 tinham abraçado os pacientes e depois tinham largado o pacientes sem resposta. Lembrou o acordado em credenciar em cada  
592 região, podendo ter pontos de atendimentos dos municípios, mas o município de referência que teria que ter alta  
593 complexidade. Pontuou que agora eles teriam que repactuar, porque o tempo tinha sido curto era uma coisa, mas a  
594 desassistência criada por mau gerenciamento tudo isso fugia do que vinham fazendo e isso era outra coisa para ser resolvida.  
595 Ressaltou que eles tinham que deixar claro neste fórum que tinha ficado aberto o credenciamento para todos que quisessem e  
596 não mais aceitariam aquelas unidades móveis, esse fora o encaminhamento dado neste fórum. Mas eles tinham outro  
597 problema e ponderou se abririam apenas para fazer glaucoma e não catarata, pois não fora dito na época isso, que  
598 esclarecessem, porque ficava parecendo ser unilateral pactuarem deste jeito. E assim o problema estava criado, a  
599 desassistência voltara, e questionou o que pactuariam. Sugeriu abrirem novo prazo, de 30 ou 60 dias se possível, e se  
600 houvesse consenso, para não ter desassistência, e caso contrário eles teriam que desfazer a resolução, pois na nota técnica,  
601 na época, teriam que ter colocado essa observação, e tinham acabado criando um problema. Colocou que dois prestadores  
602 dentro de uma região podiam fazer a assistência, desde que um fizesse uma parte e o outro a outra parte, e assim a região  
603 seria atendida. **Stela Souza** passou a palavra para José Antônio Rodrigues Alves, Secretário de Saúde de Salvador. **José**

604 **Antônio Rodrigues** saudou a todos os presentes, pediu desculpa pelo atraso e informou que Salvador fizera um processo  
605 seletivo anterior para o glaucoma dividido por distrito sanitário, até para que não tivesse uma competitividade e não  
606 prejudicasse o processo descrito, influenciando outro, enfim tinham conseguido, na época, 16 prestadores de serviços e depois  
607 reduzido para 13 prestadores de serviços, e tinham criado naquela época, exatamente por causa dos riscos dos mutirões, que  
608 acabavam não tendo controle sobre esse processo. Tinha criado um protocolo interno para aprovações das APAC, ou seja,  
609 tinha sido feito mutirões o que não significava dizer que eles teriam as APAC imediatamente liberadas, porque no primeiro  
610 impacto eles tinham tido prejuízos grandes e passado a ter critérios maiores. Depois dos fatos relatados neste fórum eles  
611 tinham ampliado esse protocolo, publicado uma nova portaria e passado a fazer perícia, com o auxílio do Instituto dos Cegos.  
612 Tinham ressaltado que sabiam que todos os municípios teriam condição de fazer, mas tinham começado a fazer e no  
613 levantamento das APAC liberadas nos quatro últimos anos, e tinham achado inconformidade em todos os 14 prestadores de  
614 serviços, mesmo com um protocolo muito mais rígido do que, por exemplo, o do estado. Então, a partir daí a fase de  
615 notificação não tinham suspenso porque, se a pessoa não tinha glaucoma, tinham notificado o médico responsável em fazer  
616 o encaminhamento do laudo do APAC, esses médicos todos estavam sendo notificados. E no segundo momento teriam que  
617 explicar ao Conselho Regional de Medicina os exames complementares que vinham realizando. Pontuou não saber qual o  
618 critério de cada município, fazendo para liberação de APAC, mas achava por cautela que deveria, se não fosse utilizar o  
619 protocolo mais adequado do município de Salvador, um protocolo que é rígido, com isso construir um protocolo para o estado  
620 da Bahia, uma estrutura de perícia, e referiu que em todas as áreas para fazer uma perícia seria mais complexo. Pontuou pelo  
621 menos um protocolo previamente garantido com base eletrônica sendo disponibilizado após a apresentação daqueles  
622 conjuntos de exames lógico tem que ter cautelas, pois vão ter dificuldades com as regiões que talvez não tenham quantitativos  
623 de exames necessários para que possa fazer a liberação do processo, mas isso é uma cautela que a partir de agora devem ter  
624 diante dos fatos narrados até para que os Gestores mostrem que estão com a disposição de resolver esse problema.  
625 Ressaltou que fez uma análise e em algumas regiões o crescimento é geométrico, então, isso começa a trazer um risco  
626 surpreendente, no caso de Salvador específico, 20% a 30% de laudos são negados, só 70% são liberados. **Odilon Rocha**  
627 colocou que pensaram em diminuir o saldo existente, que havia um processo inicial e que eles têm que dizer primeiro se havia  
628 fraude na cobrança do mutirão de todo mundo de glaucoma, e a modalidade de roubo, e cobrar, e a terceira era cobrar o  
629 remédio mais caro embora à patologia fosse mais barata. Referiu que eles enfrentavam isso e fizeram um processo que  
630 achavam que iam ter o credenciamento comprometido, e que na realidade achavam que quem credenciava seria o estado e no  
631 estado da Bahia já existia uma reserva de mercado para quantidade de clínicas oftalmológicas e pensaram que poderiam  
632 credenciar e depois habilitar pelo Ministério. Pontuou que têm um grande problema que é a habilitação, e referiu para Cassio  
633 Garcia que eles têm duas situações. Propôs que em havendo desassistência o estado assuma o custo, ponderando não saber  
634 qual a situação do estado, e a segunda alternativo é fazerem uma pressão no Ministério porque não adianta nenhum  
635 credenciamento se não houver habilitação pelo Ministério porque após dois meses vão está aqui falando a mesma coisa e  
636 estão com os pacientes deles desassistidos e alguns destes pacientes estão ficando cegos. Pontuou que o estado tem que  
637 apresentar a eles uma solução para esse problema. **Ivonildo Dourado** pontuou sobre a fala de Odilon Rocha quando  
638 mencionou que o estado da Bahia tinha conhecimento e sabia de três roubos, pedindo que corrigisse e se registrasse em ata.  
639 Com relação à questão do protocolo que está proposto sobre o glaucoma tinha uma preocupação e acreditava que o COSEMS  
640 também teria por conta da morosidade da implantação e da execução. Colocou que ontem tinham tido uma reunião com o  
641 Grupo Condutor de Redes e que o glaucoma está na discussão tida no seguimento FAEC para transformar em MAC, e se  
642 efetivamente isso acontecesse isso tudo que estavam discutindo neste fórum ficaria então exequível. Ponderou a necessidade  
643 de terem serenidade de organizar nas regionais e CIR discutirem sobre as ações, se debruçarem sobre a nota técnica,  
644 pactuarem e encaminharem para o estado efetivar as coisas e que queria encaminhar que discutissem com os municípios e  
645 organizassem o processo de pactuação dos pontos de atenção e organizassem os prestadores elencados para os municípios.  
646 E concordando com o colocado por Raul Molina de estabelecerem um processo que não só incluísse glaucoma, mas outros  
647 procedimentos cirúrgicos. **Ana Paula Andrade** ressaltou que responderia todos os questionamentos, quanto à situação de  
648 Guanambi, o estado tinha feito até por precaução, tendo um serviço itinerante de acordo com que o Ministério preconiza,  
649 tinham sinalizado e sugerido uma interrupção do prestador no momento da efetivação, e que fosse identificado outro prestador  
650 para não haver desistência, e entendendo que a região do sudoeste tem vários outros prestadores que podem estar  
651 executando o serviço lá. Então, em nenhum momento a região não ficaria desassistida e, conforme Carol falara, existia uma  
652 sinalização de outro prestador, o CEOC, de ofertar o serviço até que essa situação fosse resolvida e efetivamente regularizada.  
653 Assim, não tinha nenhum problema, e voltando à unidade investigada, o que o estado sinalizara e continuava sinalizando é que  
654 um município não pode ter dois prestadores, mas uma região pode ter vários prestadores e cada município teria que escolher  
655 pelo único prestador, pela questão única e exclusivamente de não ter duplicidade de pacientes em prestadores distintos,  
656 porque Salvador consegue controlar isso por ter o Sistema Vida, que controla quem é o usuário e os outros municípios não têm  
657 o Sistema Vida como ferramenta de controle. Então, um município com dois prestadores o usuário podia simplesmente ir aos  
658 dois prestadores e assim sabiam que teria glosa, com problema mais na frente. Lembrou o pactuado, de que na região poderia  
659 ter vários prestadores e no município um único prestador. Deu como exemplo, se estivesse sendo atendida pelo prestador A e  
660 este não tivesse atendido a sua necessidade ou quisesse repactuar porque o prestador que atendia fora suspenso por  
661 determinado tempo, não tinha nenhum impedimento de repactuar e voltar para aquele outro prestador. Então, não existia  
662 necessidade e não via nenhum problema na região de Guanambi, tendo em vista que Carol, Coordenadora do núcleo de  
663 Guanambi, tinha passado que teria outro serviço para assistir, enquanto isso estava sendo avaliado. Dando continuidade, o  
664 município de Brumado, infelizmente Cláudio não fizera nenhuma ligação, podendo ter havido ruído de comunicação, do ponto  
665 de vista do que ele entendera. Pontuou o pedido que o estado vinha fazendo, desde o mês de abril, quanto à oficialização de  
666 serviço por município, e que validassem o que estivessem pactuando, para o estado não ficar autorizando faixas de APAC para  
667 quem não pudesse, porque na hora que chegar a conta chegaria para o gestor estadual, porque o estado é que dispensa  
668 faixas numéricas de APAC e isso daria a permissão de receber o dinheiro. Ressaltou o que estavam pedindo com o objetivo do  
669 estado respaldar os municípios, e isso não sendo burocratizar, tinham pactuado quatro meses e apenas uma região, a centro  
670 leste fizera e as demais pela metade. Enfim o que estavam pedindo há quatro meses tinha chegado ao limite, a partir de

671 agosto não faria mais, não ficariam aqui cobrando de todos, coordenadores, diretores e superintendentes e tinham que  
672 responsabilizar os núcleos também, bastava enviarem o documento que não teria nenhum problema. **Gerardo Júnior** colocou  
673 que continuava com o serviço parado, enviava para o estado as informações solicitadas. **Ana Paula Andrade** respondeu que o  
674 município podia enviar as informações sem nenhum problema e o estado em nenhum momento tinha mandado interromper o  
675 serviço tendo sido solicitado aos municípios que o pactuado devia ser informado ao estado. **Gerardo Júnior** informou que vai  
676 comunicar ao prestador que continuem com serviço e o gestor envie as informações solicitadas pelo estado. **Ana Paula**  
677 **Andrade** disse que, quanto ao questionamento de Raul Molina, o credenciamento está aberto e infelizmente o estado não  
678 concordaria que alguns tivessem feito esforço para ajustar e outros não, seria injusto com quem tinha corrido para se organizar,  
679 sem estar fazendo nenhum tipo de oposição, mas serem flexíveis com quem tivesse começado e tinham tido vários problemas  
680 como alvará, estrutura e espaço, e já tendo se manifestado. De fato, fazendo obra reforma de adequação, esses não teriam  
681 nenhum impedimento de aderir o credenciamento, o que o estado não poderia concordar é que alguns que já tinham feito esse  
682 movimento e o que fora pactuado e outros estarem estagnados e sem terem feito nada, e dariam um prazo aos que tinham  
683 feito. Salientou que o estado não poderia desassistir, então, tinha apresentado uma proposta de primeiro, a situação que é  
684 estrutura, não havia problema, mas a situação da legalidade. Questionou aos gestores presentes se alguém contrata sem  
685 documentação, quem faria a contratualização de serviço que sem a mínima documentação fiscal para ser contratualizado.  
686 Afirmou que infelizmente tem várias unidades que sequer tinham solicitado fazer adesão, então, enquanto estado, ela não  
687 podia fazer muitas coisas. Sugeriu fazerem uma estratégia junto com a DASF quanto a esse documento que hoje o  
688 componente de medicamento está na assistência farmacêutica que sinalizara alguns medicamentos em estoque e como já  
689 tinha falado em outras reuniões da CIB, que identificassem os municípios desassistidos, por regiões de saúde, pelos  
690 prestadores não terem se adequado ou por cada município não ter prestador com a relação e suas respectivas receitas. Então  
691 sentariam e pactuariam dispensar, para não haver uma interrupção do tratamento de determinado colírio que já estivesse  
692 sendo dispensado. Até lá conseguissem colocar o prestador e definir quem ficaria e regularizar o documento, não teria nenhum  
693 tipo de desassistência e em nenhum momento o estado contratualizaria com qualquer tipo de serviço sem a sua regularidade,  
694 infelizmente não sendo ela que estava dizendo, mas a lei. Tinham que cumprir a lei com a regularidade, o que não estava  
695 colocando é que não seriam flexíveis com documento de unidade pública sem alvará sanitário, fariam uma declaração, sabiam  
696 que não tem, e alvará sanitário de unidade privada ela aceitaria, e infelizmente tinham que ver essa situação de  
697 credenciamento. Quanto à sugestão da APAC feita por José Antônio Rodrigues, disse ser um protocolo que a Mesa da CIB  
698 teria que decidir e trabalhar com ele, de dúvida, quando FAEC passasse para MAC, porque iriam precisar assistir com o  
699 recurso que viria para o estado da Bahia, quem tivesse necessidade de fato de ser tratado com glaucoma, e observava a fala  
700 do Secretário de Salvador, que tem uma rigorosidade na dispensação da faixa, mas ainda assim encontra algumas anomalias.  
701 Ressaltou que têm fragilidade no processo de controle, avaliação e dispensação da faixa, e uma preocupação sua, como  
702 superintendente de regulação do estado, é porque todos aqui, secretários de saúde, atestam os atendimentos feitos e quando  
703 o estado sinalizara para os secretários de saúde atestarem tinha sido para dividirem a responsabilidade e sugeriu que  
704 avançassem na questão do protocolo e vendo com o município de Salvador o protocolo usado, para discutirem internamente e  
705 adequarem se tivesse alguma rigorosidade que sabiam que não conseguiriam fazer, mas que conseguissem implantar alguma  
706 dificuldade do processo de faturamento. Passou para a situação de Vitória da Conquista com dois prestadores, um sem  
707 estargarantindo 100% do que deveria fazer porque a unidade não está apta e tendo um que ofertara para fazer, era decisão da  
708 CIR, o município podendo pactuar com o que está 100% pronto, e se lá na frente o prestador ajustasse e se organizasse, se  
709 repactuar, sem problema nenhum. Chamou atenção que a pactuação é dinâmica, em nenhum momento fora dito de se pactuar  
710 uma vez, mas se o prestador se ajustasse e se organizasse, que se repactuassem sem problema nenhum e se neste momento,  
711 quisessem ficar com o prestador que não estiver 100%, nada impedia isso, era uma decisão do gestor. **José Antônio**  
712 **Rodrigues** colocou como isso poderia garantir a assistência com qualidade e no futuro, se houvesse uma exposição de  
713 alguma natureza poderiam responsabilizar o profissional que assinara aquele laudo, se não isso ficaria como responsabilidade  
714 do gestor. **Raul Molina** assinalou que estavam encontrando uma solução e tinham uma nota técnica, uma resolução que fora  
715 aprovada e quando diz que tem pessoas já se adequando pensava que um cidadão estava se adequando por isso fizera o  
716 encaminhamento, porque não estavam fechando o assunto. Ressaltou ser preciso entender que não tinham amarrado  
717 especificamente glaucoma e cataratas, queriam um local de alta complexidade, porque na hora que viesse a bronca, as  
718 infecções, era preciso que o prestador tivesse uma referência, não trabalhavam personalizando. Pediu a todos os gestores e  
719 entendendo que a área técnica não devia deixar de prestar atenção ao protocolo, apenas como falara na reunião do COSEMS,  
720 o protocolo estava sendo rígido para uns e para outros não, isso não podia acontecer, lembrava da medicação de alto custo  
721 que falara hoje, da exigência que se tem. Propôs que os serviços que de alguma forma estivessem funcionando, continuassem  
722 para dar um prazo de adequação até uns trinta dias, porque não era possível que um serviço não identificasse um centro  
723 cirúrgico como referência e não colocasse um oftalmologista. **Ana Paula Andrade** informou que a nota técnica fala da estrutura  
724 mínima que a unidade teria que dispor para o serviço de oftalmologia, incluindo a alta complexidade e salientou o  
725 encaminhamento de Raul Molina, de que as unidades que ainda não tivessem se adequado em 100%, permanecessem  
726 atendendo, com o compromisso de funcionar com sua integralidade, isso também o estado concordava. Explicou a situação de  
727 Vitória da Conquista com dois serviços e se os dois quisessem ofertar de formas itinerantes, e mantivessem o ponto fixo em  
728 Conquista e 'rodassem' nos municípios, não tinha problema. E se cada um quisesse pactuar com prestador diferente, sem  
729 problema nenhum, o que estava falando é que um município não podia pactuar com dois prestadores, um município teria que  
730 sinalizar um prestador por vez. Informou que o município não é obrigado a permanecer com o prestador, podendo ter escolhido  
731 um prestador e ter se arrependido, então, levaria para a CIR que a partir de tal mês não teria mais esse prestador, queria outro,  
732 mas o município tinha a possibilidade de escolher um único prestador e mudar, quando necessário. **Gerald Júnior** afirmou  
733 que glaucoma estava tranquilíssimo, o problema sendo cataratas. **Ana Paula Andrade** colocou que ninguém pactuaria  
734 glaucoma separada de cataratas. **Stela Souza** pediu objetividade, por conta do horário, e que tinham ainda algumas pautas e  
735 estavam indo e voltando, um entendimento por conta da aérea técnica do estado, outro entendimento por conta dos municípios  
736 e outro entendimento nas coordenações das CIR e estava ficando complicado. Sugeriu o grupo de trabalho discutir com o  
737 COSEMS, dizendo haver outros interesses que não a assistência ao paciente, desculpassem, mas precisava dizer isso,

738 ninguém estava muito preocupado com o paciente, podia gravar em ata que não tinha receio, que existem milhões de  
739 interesses, menos resolver a situação do paciente, cada um estava discutindo neste fórum com interesse próprio, fosse o que  
740 fosse, porque vinha ouvido e vendo muita coisa a respeito de glaucoma, e todos sabiam que era muito boa de falar, não tinha  
741 receio de falar. Então - se dirigiu a Ana Paula Andrade - seria muito sincera e também aos seus colegas, enquanto presidente  
742 do COSEMS, com responsabilidade com os municípios que solicitavam que na próxima semana analisassem friamente  
743 números, dados e informações o que está credenciado em estar aberto para os COSEMS, e os credenciado dos municípios  
744 também não sabiam e levarem o prestador para reunião de CIR achava muito errado e sempre fora contra prestador na CIR,  
745 espaço de gestão, não de prestador. E assim aprovam determinado prestador, e depois em outra reunião se cancela o  
746 prestador aprovado. Colocou serem os próprios secretários, no desespero, querendo resolver o problema, saindo de um para  
747 outro, estava na hora de resolver e serem adultos, se fosse necessário chamariam Josafá ou quem fosse do Ministério, para  
748 discutirem, porque não estavam tendo competência para resolver. Ressaltou o caminhamento e Raul Molina, que não ficara  
749 claro. Colocou ter muita coisa no meio do caminho para ser resolvida de uma vez por todas e tem uma resolução CIB, com as  
750 informações de como deveria acontecer e no meio do caminho tinha surgido muitas coisas que não costumam na resolução CIB.  
751 Assim, tinham feito uma nota técnica que não diz que está atrelado catarata a glaucoma então, existe alta complexidade.  
752 Pontuou que não estava para falar mal do município e do estado, mas dizendo que estavam sendo incompetentes e passariam  
753 várias CIB discutindo o assunto. Tinha que nos reunir e ver o entendimento do estado, município, CIR e COSEMS, e pararem  
754 com essa coisa de aprova e desaprova na CIR. Citou três casos de CIR que tinham sido aprovados e o representante do  
755 estado sendo o apresentador da proposta do prestador e em outra, o município sendo o representante do prestador então, o  
756 que tinham se tornado? O espaço CIR estava sendo acompanhado de perto pelo TCU, quem responderia por isso? Então,  
757 estava na hora de pararem e que caminhassem, queriam conseguir o principal, a assistência dos municípios. Pontuou ter  
758 municípios que continuam com o processo itinerante, e estava se pagando, porque se não o prestador não estaria executando,  
759 e para realmente colocar em ata. **José Antônio Rodrigues** colocou ter dificuldade de entender porque não decidirem na CIB  
760 sobre quem quisesse prestar serviço, pois obedeceria a um protocolo condensado e ponto final, e então colocarem um limite a  
761 isso tudo, teria prestador que aceitaria fazer o protocolo e teria prestador que não aceitaria fazer. **Stela Souza** falou que a  
762 história não se resume nisso e **José Antônio Rodrigues** da situação de desconforto nesta proposição e falara com Ana Paula  
763 que talvez tivesse região com hiato de desassistência e as pessoas sem acesso àqueles exames, mas era preciso que o  
764 médico que faz o laudo entendesse e concluísse sua análise clínica com base naqueles diagnósticos estabelecidos, para  
765 liberarem a APAC, não podiam continuar, já tinha havido história ruim na liberação de AIH e agora estavam tendo com a  
766 liberação de APAC do glaucoma, tinham que dar exemplo e estabelecer que daqui para frente teria que ser assim e que se não  
767 pudessem adotar o protocolo como um todo, fazendo a exigência da quantidade de exames, limitariam o número de exames  
768 como um todo então, porque não dava para que o laudo que o autorizador recebesse fosse cheque em branco porque estava  
769 assim. **Raul Molina** colocou que o encaminhamento dado fora que o Secretário de Salvador estava colocando um protocolo à  
770 disposição, o estado estava entendendo que é um protocolo rígido e que podia prejudicar o acesso para outros locais, por isso  
771 que era preciso ser revisto e analisado para cada região. A segunda proposta, que se seguissem, estaria tudo parado e a  
772 desassistência porque fora colocado que o tempo para se adequar já tinha passado e fora informado aos municípios sobre que  
773 tinham se adequado e os que não tinham e nesta circunstância tinha o esclarecimento de não, o credenciamento continuava  
774 aberto e quem quisesse podia se adequar e pedir, a fim de não ter desassistência, e daqui a trinta dias analisarem dentro do  
775 protocolo proposto, esse fora o encaminhamento que fizera, se não, manterem a resolução tinha acabado, porque pelo que  
776 estava vendo, o estado não concordaria em mudar a resolução. **Ana Paula Andrade** ressaltou não ser que o estado não  
777 concordasse em mudar a resolução, o que tinham sinalizado é que tem vários serviços que estão estruturando, estavam  
778 flexíveis e sensíveis a esses serviços e o pactuado é que ele continuasse atendendo, em nenhum momento fora mandado  
779 parar, o problema sendo que tem alguns serviços que não tinham feito adesão ao credenciamento, por insuficiência de  
780 documento, e sem cumprir as exigências para o credenciamento. Então, a nota técnica estava posta e tinha que ser cumprida,  
781 e se precisassem prorrogar o prazo, estava sendo prorrogado, ninguém estava dizendo ao contrário, mas tinham que  
782 estabelecer critérios, e aí concordava com José Antônio R. Alves, de terem o protocolo e entendendo toda desistência que têm  
783 na Bahia. Propôs que reunissem com GT e discutissem qual o protocolo a ser adotado para melhorar a questão do controle.  
784 **Cássio Garcia** perguntou se era pra encaminhar, porque como **Stela Souza** havia falado, se desse para resolver depois com  
785 Ana Paula Andrade, talvez ela se colocasse à disposição, porque ele encaminharia na seguinte direção: eles não conseguiriam  
786 chegar a um consenso, estava bem claro, eles estavam identificando várias e sérias dúvidas, de diferentes regiões, cada uma  
787 com sua singularidade, que eles não tinham conseguido colocar tudo no que está posto na nota técnica e ajudaria muito mais,  
788 tendo região que eles não conseguiriam enquadrar no protocolo também, então eles teriam que rever os critérios da nota  
789 técnica, e eles deviam ser indutores também, não podiam querer que o serviço de oftalmologia se resumisse a glaucoma em  
790 região que não tem nada, tem um vazio existencial e esse era o objetivo deles, induzir também, isso era que tinham que fazer.  
791 Mas avaliando a região de forma diferenciada, então realmente tinham que dar um ponto final, e concentrar no que Stela falara  
792 anteriormente, com critério, se a região Oeste é diferente de tudo, eles avaliariam a mesma diferentemente, se a Norte é  
793 diferente, eles fariam assim, não conseguiriam enquadrar todos dentro do protocolo, teriam que induzir certas situações que  
794 estão querendo implantar. **Então era esse o encaminhamento deles, mas com prazo, tem a CIB, dia 12/9, trazendo algo,**  
795 **que não tem 20 dias, e até lá isso não seria algo que eles ficariam desassistidos durante muito tempo.** E que tinham que  
796 seguir a pauta e já estavam em cima do horário, solicitando que fossem mais rígidos no horário. E falou que Ana Paula  
797 Andrade faria a apresentação do SUREM. **Stela Souza** solicitou, em nome do COSEMS, que eles parassem a parte de  
798 apresentações, porque eles tinham pactuações, e se desse tempo eles voltariam para apresentações. Ela passaria para a  
799 solicitação do município de Feira da Mata, de mudança da região de saúde de Santa Maria da Vitória para Guanambi, e se  
800 todos concordavam. Sobre a PPI, Cássio Garcia daria os informes, mas ela faria apenas uma contextualização sobre os  
801 problemas que eles tinham tido e na reunião do COSEMS tinham tratado do assunto, e na reunião com os coordenadores de  
802 CIR também tinham discutido, eles tinham tido várias dificuldades com a alimentação do sistema (alguns municípios), ao  
803 reabrir o sistema e tinha 'zeradBo', e muitos tinham tido dificuldades para refazer, dificuldades com a senha, diversos  
804 problemas, por fim, vários municípios reclamando da dificuldade de acesso e de que a internet do município não estava boa,

805 uma série de fatores, em resumo, vários municípios não tinham conseguido finalizar, e não sendo alguns, mas muitos. Mas  
806 tendo dois municípios grandes que não tinham alimentado o sistema, então a proposta que eles tinham trazido para a reunião  
807 dos coordenadores é que eles dispusessem a semana toda apenas para os municípios que não tivessem validado ou não  
808 tivessem conseguido alimentar, para que eles pudessem fazer isso, que dessem o prazo até 31 de agosto, a partir disso a  
809 SESAB teria os 20 dias que fora pactuado desde o início para consolidar, depois de consolidado, analisado, eles dariam mais  
810 alguns dias para, em 17 de outubro, eles fazerem o GTPPI, onde apresentariam o panorama, a metodologia das oficinas  
811 novamente, por terem renovação até no próprio GTPPI, e vários coordenadores de CIR tinham mudado, e a partir disso  
812 pensarem na data do começo das oficinas, essa fora a proposta do COSEMS. Cássio Garcia relatou que, em relação à PPI,  
813 tinha sido 33 municípios que não tinham transmitido dados ou não tinham preenchido nada - e desses, 15 municípios sem ter  
814 feito pactuação - 18 não tinham transmitido, tendo pactuação realizada, mais os 15 que não tinham acessado o sistema e não  
815 tinham nenhum encaminhamento, então eles concordavam com o prazo até o dia 31 de agosto de reabertura do sistema para  
816 esses municípios. Perguntou se Stela Souza queria que fossem citados os municípios na CIB, ou não e que o COSEMS fizera  
817 uma nota técnica para ser mais ágil e em relação ao calendário, já com umas propostas de oficina, talvez tivessem que mudar  
818 algumas e tendo que reiterar as datas das mesmas, e como não daria tempo para eles discutirem isso na CIB, ele propunha  
819 que qualquer situação de oficina discutissem na próxima CIB, do dia 12 de setembro, mas mantendo o prazo de 31 de agosto  
820 para os municípios. Até dia 20 de agosto, para a SESAB consolidar e antes disso, já no dia 12... **(FALA FORA DO**  
821 **MICROFONE)** E falou que a área se colocaria diante disso. **Cristiane Macedo** (COPRI) colocou que são 33 municípios que  
822 têm algum problema nesse sistema todo, lembrava de que muitos tinham deixado para fazer em última hora. Então 33  
823 representam menos que 3% do estado da Bahia, e ela se colocaria no lugar do gestor municipal que tinha ficado até meia-noite  
824 de domingo alimentando o sistema para honrar com o prazo, fizera e enviara, e esses 15, porque dos 33, se tem 37 municípios  
825 que não tinham transmitido por um problema na base do sistema, mas eles tinham aberto o sistema e podiam transmitir agora,  
826 só precisavam transmitir. Os 16 que não tinham feito, porque tinha havido o que alimentara apenas uma coisa e não fiz era  
827 nada mais, e os outros 15 não tinham alimentado absolutamente nada, isso significava menos de 3% do estado da Bahia! Eles  
828 teriam a oportunidade agora de abrir o sistema, com isso eles já estavam analisando os dados, porque ela lembrava que na  
829 última CIB fora colocado que a equipe estaria de férias, inclusive ela, mas comparecera na reunião, a pedido, e setembro  
830 Michael, o técnico da COPRI/APG, que manuseia os dados, estaria de férias, e se eles parassem agora para dar a chance  
831 àqueles que não conseguissem em um mês alimentar um sistema, quando os outros 97% do estado tinham conseguido, eles  
832 teriam a oportunidade de abrir o sistema, seriam paralizadas as análises que eles já estavam fazendo. E ficar uma semana  
833 fazendo isso entraria setembro e eles parariam tudo, porque a equipe não teria como poderem trabalhar esses dados, e a  
834 oficina, que estava programada para outubro, iria para novembro, no próximo ano eles fechariam a PPI. E lembrava que a  
835 equipe técnica tem vida própria, eles já estavam analisando os dados e ela achava complicado, por causa de 3% do estado,  
836 ser sacrificado 97%, e a equipe também! Além de que desses 15 que não tinham alimentado, dois sendo dois grandes pólos, e  
837 a equipe tinha ficado impressionada por não terem alimentado, eles podiam ter conversado com a equipe de trabalho, o  
838 Cosems podendo ter sentado e negociado com eles e os mesmos tinham alimentado o sistema. E repetiu que parar tudo por  
839 causa disso era complicado, na semana que significava encerrar o trabalho, parar o trabalho deles e 97 municípios esperando  
840 resposta, ela não achava justo. **Edna Alves** (Porto Seguro) falou que o seu município informara assim como a maioria da  
841 região, mas eles precisavam olhar para as pessoas que estão com dificuldades, eles estavam julgando o que não tinha  
842 conseguido fazer e não queria ficar fora do processo. Então **Cristiane Macedo** estava de férias, quando ela voltasse estariam  
843 todos já informados, mas alguma solução tinha que ter para os municípios que não tinham conseguido, ela não conseguia  
844 julgar porque, por serem apenas 3%, eles passariam por cima e atropelariam, o que os diminuiria! Há tanto tempo que estavam  
845 esperando isso, então convidassem para virem a Salvador os 15 ou os 30 que tinham ficado sem fazer, e resolvessem, mas  
846 não dava para atropelarem essas pessoas porque 97% tinham feito, pois eles estavam julgando sem saber o que acontecera,  
847 e ela tinha certeza que ninguém queria ficar sem pactuar ou validar o serviço. **Cássio Garcia** comentou que é uma situação  
848 difícil e **Cristiane Macedo** tinha razão nesse sentido, mas acontecia isso no SISPACTO, sempre tem municípios que às vezes  
849 não conseguem e o prazo se estende, eles já estavam acostumados. Antigamente, quando o SISPACTO eram 30, iam até o  
850 Ministério um dia antes e pactuavam mais um mês, infelizmente é assim, e eles não conseguiriam tirar um consenso na  
851 reunião, não conseguiriam pactuar por eles, ele manteria o prazo de sete dias para os municípios, dia 12 de setembro já tendo  
852 CIB, e a partir disso eles fizessem uma discussão mais aprofundada, com um fechamento, já pactuando até todas as oficinas,  
853 o que desse para fazer até o final do ano, mas com um compromisso de, até o final do ano, eles fecharem sem falta essa PPI.  
854 **Stela Souza** perguntou se todos aprovavam e passou para os informes: **1.0 Solicitação Superintendência de Gestão e**  
855 **Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS/DICON) - 1.1 Solicitação de Comando Único de alguns municípios: Aporá,**  
856 **Carinhanha, Caculé, Itapicuru e São Desidério.** Ela perguntou se havia alguma informação da área técnica sobre solicitação de  
857 Comando Único, se Ana Paula Andrade tem o estudo para apresentar e se algum desses municípios estavam presentes na  
858 reunião, parabenizando-os por estarem querendo o comando. **Ana Paula Andrade** perguntou se tratava-se do próprio serviço.  
859 **Stela Souza** colocou que a própria resolução que trata de comando explícita que, na existência de prestador no município,  
860 contratado pelo estado, tem que haver uma conversa prévia do município que estiver solicitando comando, que está escrito  
861 isso, para ver com o estado como ficaria, se o estado dissesse que está escrito, isso não era novidade, e ela pensou que fosse  
862 uma nova proposta, que isso estava escrito na resolução. **Ana Paula Andrade** falou que não, e que isso geralmente não  
863 acontece, e estava chamando a atenção para que isso acontecesse, depois vinham procurar o estado, apenas o prestador,  
864 sinalizando que o município não quer contratar, que o município não quer permanecer. A partir desse momento seria uma  
865 decisão gestora local e perguntou se ele supriria toda sua necessidade dentro da rede pública, se ele faria a rede pública, se  
866 ele abriria credenciamento e contrataria outro serviço, que também estaria na responsabilidade do gestor local, sendo isso que  
867 ela estava sinalizando, e na verdade chamando a atenção mais ainda. Não se aplicando tanto para Aporá, porque não tem AIH  
868 e ela estava trazendo sobre o município hoje, para onde ele encaminha e quanto ao executor, o que ele faz no teto do  
869 município, tanto de ambulatório quanto hospitalar, chamando a atenção principalmente para os municípios onde existe um  
870 estouro de teto, ou, mesmo não existindo, mas que utilizam serviços contratados pelo estado. E obviamente o estado reduziria  
871 os contratos de onde esses municípios hoje estão utilizando serviços e entendendo que, ao assumir o comando, ele teria

872 condições de ofertar 100% do que estivesse pactuado, então isso ela deixaria bem claro, chamando a atenção, nesse caso, só  
873 de Itapicuru, que tem essa pactuação, não executa 100% do pactuado para ele, em relação a obstetrícia, de 179 AIH  
874 pactuadas, só executa 30 de obstetrícia, então ficando 149 sem executar, óbvio que o paciente vinha sendo atendido em  
875 algum lugar, e a preocupação estava em saber onde ele estava sendo atendido, quando observavam, ele tinha uma utilização  
876 sem ter pactuação em Antas. O que o estado fariar a partir de agora: reduziria o contrato de Antas, porque na verdade Itapicuru  
877 vinha recebendo, e receberia o recurso para o teto dele, e o estado não teria mais a disponibilidade do recurso para contratar  
878 Antas como executor. Então na verdade não existe pactuação nenhuma com Antas, e Itapicuru passaria a ofertar o que fora  
879 efetivamente pactuado, entendendo que o comando único estaria dando a ele a autonomia maior, com aporte de recurso que  
880 seria descentralizado, para ele executar 100% do que não estava executando. Assim, entavam chamando a atenção não só de  
881 Itapicuru, mas de todos os municípios que estivessem aderindo o comando, eles vinham fazendo avaliação de onde o serviço  
882 vinha sendo atendido hoje, existindo a pactuação, esta seria garantida, se não existisse uma pactuação, e o estado estava de  
883 qualquer forma usando o dinheiro do recurso do serviço do município na compra de serviço em outro território, eles ajustariam,  
884 para que existisse essa compensação. Entendia que a oferta do serviço seria garantida dentro do próprio município,  
885 obviamente dentro do que tivesse sido pactuado, São Desidério também não tendo problema. E perguntou se algum  
886 representante de Xique-Xique estava presente na reunião, porque ela chamaria a atenção, nessa mesma situação que estava  
887 chamando a atenção de Itapicuru, pois ele usa o serviço de outro território, que é um serviço contratado do estado e, como  
888 receberia 100% do recurso, o estado também reduziria as AIH desse outro prestador, entendendo que Xique-Xique agora  
889 ofertaria, porque o recurso estaria no teto dele, e como não havia nenhum representante de Xique-Xique na reunião, ela não  
890 exporia o município, o estado comprava com o dinheiro do município o serviço em outro território, o município agora geriria o  
891 dinheiro e faria o serviço dentro do seu território, nada mais do que justo. **Stela Souza** colocou que já estava tudo esclarecido e  
892 lembrou que o prazo, entre a entrada do processo na CIB até o parecer é 30 dias, e nesses 30 dias, havendo necessidade -  
893 eles já haviam falado isso em reunião - entrariam em contato com o município para traçar os esclarecimentos necessários,  
894 então não seria agora que apresentariam os municípios que estão recebendo, eles apresentariam para que a CIB tomasse  
895 conhecimento. E antes de ir para a CIB, lembrando do prazo dos 30 dias, os gestores solicitassem e informou que já tem vários  
896 pedidos na CIB, e que nessa discussão fosse conversado com cada gestor que tivesse prestador do estado dentro do seu  
897 município, por ser difícil agora, a não ser que eles pedissem a cada um dos municípios para eles se manifestarem se eles  
898 tinham ou não conversado e eles então suspenderiam a pauta, porque não dariam mais conta até o final. Assim, tinha coisas  
899 que tinham que acontecer antes da CIB e não durante e os municípios que tinham ouvido a informação de Ana Paula Andrade,  
900 os cinco municípios, Aporá, Carinhanha, Caculé, Itapicuru e São Desidério, mantinham a solicitação do comando único.  
901 Perguntou se todos **concordavam** e passou para a próxima pactuação: **1.2 Pactuação da portaria de Cirurgias de cirurgias**  
902 **Eletivas. Cássio Garcia** lembrou que o mês de competência do comando único seria outubro, pois o teto para setembro já fora  
903 feito e estava sendo encaminhado, e os municípios que estavam falando, que ainda não tinham chegado ao prazo estabelecido  
904 na resolução, iriam para o dia 12, e sobre as cirurgias eletivas a Ana Paula Andrade ficara de pactuar. **Ana Paula Andrade**  
905 pontuou que era para trazer para pactuação nesta CIB o que eles tinham se proposto a fazer no Grupo de Trabalho, formado,  
906 referente à portaria nº 1294, que aporta 18,5 milhões de reais para o estado da Bahia, e fora publicada a Resolução CIB nº  
907 109/2017, utilizando os mesmos critérios que o Ministério tinha utilizado para definição de teto para o estado, tendo sido  
908 pactuado de que seria apenas uma resolução para cumprir os prazos do Ministério da Saúde e permanecer o recurso no teto  
909 do estado, mas a resolução não traria a definição financeira por município executor. E a resolução CIB fora publicada com  
910 esses valores e com os respectivos municípios, conforme exposto em apresentação, e eles tinham começado a estudar no  
911 Grupo de Trabalho qual seria o critério que eles estabeleceriam para pactuação e distribuição desse recurso. Então eles tinham  
912 considerado para pactuação dos recursos, o rol de procedimentos da produção de média complexidade, tendo sido 53  
913 municípios. E agora tinha chegado o momento dessa repactuação, já que a resolução é apenas para garantir o recurso do  
914 estado e qual a proposta fora discutida no GT e que eles estavam trazendo para acesso e aplicação desse recurso, lembrando  
915 que o critério para a nova redistribuição do recurso, de considerar a iniciativa do Ministério da Saúde e implementar nos  
916 estados uma lista única para cirurgias eletivas, o estado da Bahia já tinha adotado, já vinha usando o sistema de lista única.  
917 Então eles tinham utilizado esse mesmo sistema para cadastrarem as demandas reprimidas nos municípios, tendo sido assim  
918 definido, como um critério para a distribuição do recurso para a estratégia de cirurgias eletivas, a demanda dos municípios  
919 cadastrados no Sistema Lista Única. E ela fazia uma ressalva de que fora feito um ofício solicitando o cadastro no módulo  
920 'demanda município', e alguns municípios não tinham utilizado esse módulo. Também fora usado o de cirurgias eletivas, e eles  
921 tinham pactuado, já que o recurso, somando os dois módulos de cadastro, era compatível para pagar as cirurgias cadastradas  
922 nesses dois módulos, mas o pactuado seria de apenas um módulo de demanda de municípios para que eles identificassem o  
923 rateio do recurso. Então eles têm a nova redistribuição do recurso, o que tinha sido cadastrado nos dois módulos, tanto no de  
924 demanda do município, quanto no de cirurgias eletivas e, assim, fazendo apenas a observação da diferença entre um e o  
925 outro, e explicou que o módulo de demanda do município é toda a demanda de todos o 417 municípios, e o de cirurgia eletiva é  
926 a demanda dos municípios onde já tem prestadores executando cirurgia eletiva. Assim, somados esses dois, eles tinham tido  
927 R\$12.840.636,7 para a necessidade de execução das demandas reprimidas, cadastradas com os mesmos procedimentos  
928 compostos no rol da Portaria nº 1294. Sobrara R\$5.688.625,69 que tinha ficado pactuado que se faria uma reserva para  
929 custear as novas demandas dos procedimentos cirúrgicos eletivos, cadastradas no sistema lista única, com o período a definir.  
930 **Logo, a partir de hoje o sistema está aberto novamente no módulo 'demanda município' e, frisando que é na demanda**  
931 **do município, para que os cadastros de demanda de cirurgias eletivas fossem dos pacientes que tinham passado a**  
932 **chegar aos municípios e sem estarem cadastrados ainda no sistema, para que na próxima CIB eles pudessem redefinir**  
933 **esse recurso de R\$5.688.625,69. (Fala Fora do Microfone)**, o cadastro ficaria aberto até quando o programa tivesse em  
934 funcionamento, porque na verdade isso nortearia as possíveis repactuações para utilização de recurso, já que eles  
935 acompanhariam, podendo ser que eles não conseguissem executar 100% do recurso que fora apresentado, a fila do cadastro  
936 seria sempre utilizada como alternativa para se usar esse recurso. Então estava distribuído no elenco de subgrupos de  
937 serviços, quantos procedimentos tinham sido cadastrados, e qual o financeiro, por tipo de subgrupo, o maior serviço na cirurgia  
938 de aparelho digestivo - as hérnias, as vesículas, procedimentos com recurso aportado de R\$5.353.000,00, essa sendo a

939 proposta da nova tabela diferenciada, já que eles tinham uma tabela vigente e com a nova portaria trazia um rol de novos  
940 procedimentos, e hoje eles tinham os novos procedimentos com os respectivos valores da tabela diferenciada, já que existem  
941 mais de 200 procedimentos no rol de cirurgias eletivas, e apenas 73 comporiam a tabela diferenciada de 2017. Assim, eles  
942 publicariam também a tabela que eles chamariam de 'majorada para cirurgias eletivas' e essa tabela constaria também na  
943 resolução CIB que eles teriam que publicar, em seu anexo e agora eles tinham a distribuição por módulo, quanto fora  
944 cadastrado de recurso financeiro no módulo cirurgias eletivas, quanto fora cadastrado em demanda de municípios distribuídos  
945 por região de saúde, totalizando os R\$12.840.000,00 e se ela clicasse na apresentação, acessaria a demanda por município. E  
946 inclusive sairia no anexo da resolução CIB a relação por município, com a quantidade física e financeira cadastrada por ele e  
947 que ele teria de recurso disponível, óbvio que do município que tivesse cadastrado e que teria o recurso disponível para o  
948 município que ele cadastrara aportado na região de saúde. Então na região de Alagoinhas, que cadastrara um total de 191  
949 procedimentos, correspondendo a R\$108.923,00, esse recurso não é de Alagoinhas, mais das regiões distribuídas entre esses  
950 municípios que expostos na apresentação, e eles cobrariam e vinculariam que esses municípios que tivessem cadastrado a  
951 demanda tivessem acesso aos procedimentos que tinham sido abertos no 'sistema lista única'. Lembrando que deviam usar o  
952 módulo 'demanda do município', pois serviria novamente para repactuação dos R\$5.000.000,00 que tinham ficado sem ser  
953 utilizado, e assim eles fariam nova avaliação de demandas cadastradas e repactuariam esse recurso que não fora totalmente  
954 utilizado. Falou que, na região de Barreiras, 287 procedimentos, com R\$243.000,00 e esse anexo também comporia a  
955 resolução CIB, não para definição do aporte por gestor, mas sim para a sinalização de quanto que cada município faz jus para  
956 execução. **Stela Souza comentou que, enquanto estavam passando a apresentação, lembrando que está apresentado  
957 por região de saúde, mas não significando que o executor é o município polo da região de saúde, devia ficar bem claro  
958 que isso seria pactuado na CIR e, se por exemplo, Irecê tem vários municípios, não era obrigatório que Irecê  
959 executasse essas cirurgias, tinha que ser dentro da região, mas se o município deixasse que não, e que tem  
960 condições de executar o seu e ele executaria, então eles estavam de forma tranquila, deixando em aberto para que os  
961 municípios pudessem executar, se eles têm capacidade instalada, não precisando usar nem o prestador do estado,  
962 nem o prestador da referência do polo, ele tendo capacidade instalada assumiria o compromisso e executaria, claro  
963 que em novembro haveria uma avaliação, porque se colocasse o recurso no município e ele não executasse a Bahia  
964 perderia, porque o recurso é para o estado da Bahia. Ana Paula Andrade reforçou que ficava para pactuação apenas  
965 porque não estava definido o gestor na resolução, e para mandar para o Ministério eles precisavam encaminhar o  
966 gestor da execução, teriam que discutir nas regiões de saúde e eles precisavam apenas fechar o prazo dessa  
967 discussão.** E a ideia era aquilo que eles já haviam pactuado, que na primeira semana de setembro já houvesse o retorno de  
968 cada CIR porque, de acordo com cada pactuação, considerando os recursos por região de saúde, é que eles teriam definido  
969 quanto que ficaria com cada gestor, e exemplificou, na região de Porto Seguro, se todo mundo pactuasse que executaria lá,  
970 então 100% que estivesse na região ficaria no teto do município de Porto Seguro, e este tendo conhecimento exatamente de  
971 quantas cirurgias que ele teria que executar para cada município que o recurso somara no total, e eles tendo também a relação  
972 de procedimentos, tanto a quantidade física quanto a financeira, e qual procedimento, e isso eles disponibilizariam para o  
973 COSEMS, e na verdade eles já tinham para ser discutido na CIR. Stela Souza perguntou se na resolução sairia anexo por  
974 município e se cada município saberia o seu. E pediu para mostrassem na apresentação, para todos entenderem e para ficar  
975 claro que cada município saberia quanto solicitara e qual o valor que tinha ficado, até porque ela tinha uma tabela majorada,  
976 que é o teto da tabela diferenciada, que se ele fosse fazer acordo pela tabela SUS, podia dar um valor diferente, deu um  
977 exemplo de Alagoinhas, Guanambi, eles tinham que ver a diferença, Guanambi R\$ 3.239,00. **Ana Paula Andrade** esclareceu  
978 que esse é o recurso de Guanambi e se ele quisesse executar, ou se a região entendesse que ele seria o executor, ele  
979 receberia R\$233.000,00, para executar 237 procedimentos para qual(is) município(os), então ela tinha individualmente cada  
980 município. **Stela Souza** exemplificou que, se Riacho de Santana dissesse que não mandaria para Guanambi, por ter como  
981 executar, ele ficaria com R\$4.118,00, isso apenas para ficar claro. Ana Paula Andrade, exemplificou: Porto Seguro –  
982 R\$936.000,00; Eunápolis – R\$679.000,00 e o município diria o que executaria o dele, e teriam 679 mil pra executar. Se algum  
983 município mais quisesse pactuar para Eunápolis executar, ele teria o recurso agregado, do mais teria que saber que executaria  
984 para Guaratinga 10 procedimentos de Guaratinga, se Porto Seguro falasse que executaria o dele, pois em Porto são  
985 R\$157.000,00. Em Juazeiro, só 04 municípios na região, com R\$702.000,00, R\$598.000,00 para Juazeiro, e essa fora a  
986 questão de cadastrar a demanda. **Stela Souza** questionou para poder entender, se na realidade vai estar na resolução  
987 discriminado **(FALA FORA DO MICROFONE) Stela Souza** compreendeu então que não e que era a lista da demanda  
988 ministerial, quando tem demanda de município que é o que todos cadastraram está lá, e a outra lista que era do mutirão de  
989 cirurgias, das quatro ou cinco que não está sendo apresentado, porque já foi executado, e a relação de cirurgias eletivas que  
990 dava 2.000.000,00 milhões, levou para a reunião. **Ana Paula Andrade** parabenizou o município de Itajuípe, da região Sul  
991 referindo que são 126 pacientes cadastrados, R\$ 87.000,00 mil e Gongogi também tem 131 procedimentos e reafirmou que  
992 continuem cadastrando, porque vale a pena. **Stela Souza** lembrou que tem procedimentos difíceis, que os municípios  
993 menores não conseguiram fazer, então vão decidir isso na CIR. **Ana Paula Andrade** pontuou que só precisam pactuar a  
994 data de retorno, porque isso vai implicar. **Stela Souza** falou que seria no início de setembro e o que eles colocaram é a  
995 abertura para os municípios que não cadastraram também e que o sistema está aberto, e essa é a data do fechamento  
996 do sistema que está pactuado e está totalmente aberto. **Ana Paula Andrade** falou que vale a pena só deixar registrado que  
997 na nova repactuação, eles prioritariamente vão identificar os municípios que não foram contemplados nesse primeiro  
998 momento, observando principalmente os pontos de vazio assistencial. **Stela Souza** perguntou se estava aprovado tendo  
999 sido esclarecido que sim. **Stela Souza** então abordou a pauta do COSEMS e referiu que sobre o medicamento  
1000 especializado, eles já colocaram que foi criado um GT e junto a coordenadora de CIR e o senhor Raul deu um informe que na  
1001 audiência pública com o ministério público também foram feitos alguns encaminhamentos, por isso que o COSEMS colocou.  
1002 Falou sobre a pauta da situação de SIPNI pontuando que já foram discutidos dados da notificação também. Quanto a situação  
1003 de dificuldade da PPI, e situação bloqueio a AIH, e HPP, Grupo de Trabalho e avaliação HPP, o COSEMS já montou um grupo  
1004 de trabalho, que estão avaliando a situação e gostaria que a SESAB fizesse parte desse grupo. Em relação ao ponto do  
1005 município de Santo Antônio de Jesus que solicita limite financeiro de nefrologia, eles explicaram pela manhã que o limite

1006 financeiro é repactuado todo mês através de **VEPE**, e eles solicitaram que o secretário de Santo Antônio de Jesus,  
1007 conversasse com a SUREGS. **Ana Paula Andrade** falou que tratou esse tema pessoalmente na CIR de Santo Antônio de  
1008 Jesus com a técnica do município que o que estava havendo na verdade era um ruído de comunicação, onde tiveram  
1009 problemas no limite da gestão, da alimentação, e teve todo um problema de repasse, mas já sinalizou para ela que  
1010 desconhecia a resolução CIB que garante o pagamento, e ela pode fazer o contato pessoalmente com o secretário e o com a  
1011 técnica do município. **Stela Souza** falou que após a resolução CIB do remanejamento, o teto virou estadual, inclusive, o teto é  
1012 FAEC. Quanto ao ponto sobre o medicamento da atenção básica já foi discutido pela manhã. Referiu que sobre a solicitação  
1013 do município de Paulo Afonso de aumentar o teto de AIH para o hospital Nair Alves, eles recomendaram pela manhã que como  
1014 vai ter reunião do **PEBA** no dia 11 de setembro que tratem desse assunto nessa reunião, e o que foi explicado pelos  
1015 municípios é que os municípios de Alagoas e Pernambuco estão utilizando os serviços do Nair Alves, então eles vão levar isso  
1016 para a reunião do PEBA no dia 11 setembro. Sobre a situação do repasse do PSF também já foi esclarecido que foi repassado  
1017 até junho, falta o repasse de julho, e foi registrado na CIB, e o repasse do Lacen, o Estado pagou primeiro trimestre e ainda  
1018 não pagou o segundo. Em relação a solicitação do município de Santo Estevão informou que reutilizará saldos dos diversos  
1019 convênios, conforme o demonstrativo anexo para atender a necessidade das unidades de saúde. Ratificou que a secretária do  
1020 município informou que procurou o ministério, pois ela tem saldo de recurso de projetos do Requalifica UBS, recursos que  
1021 estão na conta e ela precisava utilizar o rendimento, e questionou como fazer para aproveitar esse recurso, ela entrou em  
1022 contato com o ministério que a orientou que passasse pelo conselho municipal de saúde e na CIB que teria que ter uma  
1023 aprovação na reunião do mês de agosto, pois ela fez planos de trabalho, fez tudo, ressaltando que desde que o recurso fosse  
1024 aplicado na mesma unidade, **(a resolução foi aprovada)**. Quanto ao pleito do município de Salvador de aprovação da  
1025 desabilitação das motolâncias do SAMU 192, colocaram que já foi conversado com o município de Salvador e está encerrado.  
1026 Em seguida, a Senhora Coordenadora Adjunta agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a  
1027 próxima reunião para o dia 12 de setembro de 2017, às 14 horas, porque dia 11 eles têm o seminário licitação do COSEMS e  
1028 para os municípios não terem que se deslocar mais de uma vez, será no dia 12. Não havendo mais o que tratar após revisão  
1029 da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo  
1030 (Andressa, Eliana Alves, Michele Torres, Sara Carvalho e Silvana Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária  
1031 Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 24 de  
1032 agosto de 2017.

1033  
1034 Fábio Vilas Boas Pinto \_\_\_\_\_  
1035 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
1036 Suplente: Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_  
1037 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
1038 Suplente: Alexandro dos Santos Miranda \_\_\_\_\_  
1039 Cássio André Garcia: \_\_\_\_\_  
1040 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_  
1041 Ana Paula Dias de S. Andrade \_\_\_\_\_  
1042 Suplente: Naya Neves de Lucena \_\_\_\_\_  
1043 Rivia Mary de Barros \_\_\_\_\_  
1044 Suplente: José Cristiano Sóster \_\_\_\_\_  
1045 José Antônio Rodrigues Alves \_\_\_\_\_  
1046 Suplente: Maria Rosania de Souza Rabelo \_\_\_\_\_  
1047 Odilon Cunha Rocha \_\_\_\_\_