

Ata da 251ª Reunião Ordinária de 2017
CIB – Comissão Intergestores Bipartite

Aos doze dias do mês de setembro do ano dois mil e dezessete, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Ana Paula Dias de Santana Andrade, Rívia Mary de Barros, Raul Moreira Molina Barrios, Luciano Ferreira da Mota, Odilon Cunha Rocha e dos suplentes: Hassan Iossef, Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boulosa, Maria Rosania de Souza Rabelo e Charles Pereira de Souza. Às 10 horas e 30 minutos, havendo número legal, a **Sra. Lúcia Alencar**, Mestre de Cerimônia da Coordenação de Eventos/ASCOM/GASEC, declarou aberta a sessão convidando a Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, **Stela dos Santos Souza**, para dar posse aos novos membros do COSEMS na CIB: Suplente Hassan Iossef – SMS de Jequié, Suplente: Maria Rosania de Souza Rabelo – SMS de Madre de Deus, Titular: Raul Moreira Molina Barrios – SMS de Cabaceiras do Paraguaçu e Suplente: Charles Pereira de Souza – SMS de Brejolândia, Titular: Luciano Ferreira da Mota – SMS de Prado e Titular: Odilon Cunha Rocha – SMS de São Félix. Deu as boas vindas a todos, desejando um mandato profícuo e lembrando a responsabilidade enquanto representantes do COSEMS na CIB de trazer as deliberações dos municípios para esta Plenária. Reiterou que sempre acontecem as reuniões do COSEMS anteriormente à CIB onde são definidos os encaminhamentos que serão trazidos pelos membros para a CIB. Em seguida **Cássio André Garcia** deu posse como Titular à Stela dos Santos Souza – SMS de Eunápolis. **Stela Souza** agradeceu, rogando a Deus bençãos para todos e desejando que possam sempre fazer o melhor para o povo baiano, pois costuma dizer que trabalham para quinze milhões de habitantes e com garra, força, coragem, honestidade, fé, confiança e sabendo que é preciso prestar contas a Deus em primeiro lugar e em seguida aos homens. Dando prosseguimento, colocou em aprovação a Ata da 249ª Reunião Ordinária, encaminhada por e-mail aos membros da CIB, que foi aprovada à unanimidade. Na sequência passou a palavra para **Nanci Salles**, Secretária Executiva da CIB, efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Nanci Salles** esclareceu que a ata da 250ª Reunião Ordinária também já foi encaminhada por e-mail e ficará para apreciação na próxima CIB. **Informes: 1.1** SAIS/DAE informa alteração do prazo de vigência dos Termos de Compromisso de Rateio do SAMU 192. **Alcina Romero**, Diretora da DAE/SAIS, iniciou informando que será preciso estabelecer novos Termos de Cofinanciamento para aqueles sistemas regionais de SAMU 192 que já os tem ou para aqueles que queiram iniciar agora esse sistema. Ressaltou que o instrumento deste cofinanciamento é um repasse entre municípios da contrapartida estadual para os municípios sedes de central de regulação ou que dispõe de unidade de suporte avançado e que cobre mais de um município, lembrando que o Termo de Compromisso avalia a vigência de doze meses, podendo ser renovado por igual período. Relatou que na CIR de Alagoinhas foi levantada a situação de que poderia haver o entendimento de que aquele Termo já estava vencido após um ano, assim, foi feita uma consulta à Assessoria Técnica do Gabinete a respeito exclusivamente dessa questão do prazo e o parecer técnico concluiu que realmente para que a vigência deste termo fosse prorrogada por igual período, deveria haver uma sinalização oficial do mesmo fórum que aprovou este Termo, que no caso é a CIR Regional. Acontece que praticamente todos os termos já estão com esses prazos de doze meses vencidos, data de publicação dos Termos de Cofinanciamento do SAMU 192: SAMU Regional de Alagoinhas – 06/2016, SAMU Regional de Jequié – 06/2016, SAMU Regional de Juazeiro – 11/2016, SAMU Regional de Paulo Afonso – 06/2016, SAMU Regional de Senhor do Bonfim – 01/2016, SAMU Regional de Vitória da Conquista – 06/2016. Informou que a área técnica estava considerando vigentes desde quando não houve uma solicitação de substituição formal, mas no entendimento da Assessoria Jurídica não é isso que acontece, é preciso renovar esses Termos por igual período, assim, solicito aos apoiadores do COSEMS e Coordenadores de CIRs dessas Regiões de Saúde que pautem nas respectivas CIRs para que estes Termos possam ser renovados pelo mesmo valor ou do jeito que entenderem melhor, contanto que até o dia 06 de novembro tenham sido encaminhadas as atas das CIRs discriminando os valores de que o município autoriza o repasse de quanto e para quem, por exemplo, mil reais de Guanambi para Nossa Senhora das Graças, dois mil reais de Nossa Senhora das Graças para tal lugar, para que os novos Termos possam ser confeccionados, encaminhados para assinatura do Prefeito e retornem para proceder à publicação no DOE, pois também por uma orientação da auditoria, não será possível manter o repasse com termos vencidos. **Stela Souza** reiterou tratar-se de SAMU Regional Cofinanciados que não são todos do Estado da Bahia, apenas Alagoinhas, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista e Santo Antônio de Jesus que não estava na apresentação. **Regina Miranda**, Coordenação de Urgência – COUR/DAE esclareceu que na região de Santo Antônio de Jesus ficaram três municípios no ano passado que não encaminharam os Termos, então não tinha como dar continuidade ao cofinanciamento porque foi um rateio entre todos, tanto que na última reunião da CIR colocou essa situação deixando claro que a ata precisa ser encaminhada com valores para que os termos sejam encaminhados novamente, considerando que mudaram alguns gestores. Além de Santo Antônio que não entrou por causa disso, tem também Guanambi que ainda não chegou, mas já houve uma reunião da CIR onde uma técnica da DAE/COUR participou e já está sendo novamente renegociado, porém ainda não está oficializado. **Alcina Romero** reiterou que Santo Antônio de Jesus e Guanambi já tinham o cofinanciamento, só que na renovação do ano passado eles não conseguiram um consenso e não avançaram. Lembrou que é uma estratégia que está aberta a qualquer SAMU Regional e continua aberta a qualquer tempo e hora que os municípios e as CIRs queiram conhecer melhor, podem iniciar. **Odilon Rocha**, Secretário Municipal de Saúde de São Félix, colocou que o entendimento na sua CIR foi de criar um grupo técnico para discutir o SAMU Regional já que os compromissos dos municípios foram cumpridos e os de Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas não foram, então nesse momento de renovação, onde o que foi prometido não foi entregue, como foi prometido, que teria áreas em todos os locais e hoje 30% dos municípios não têm cobertura telefônica, foi prometido implantar uma torre de repetição, que ia fazer um processo de qualificação, e nada disso foi feito, então a região de Santo Antônio e Cruz das Almas, entendendo a importância desse recurso, gostaria de uma discussão técnica melhor. **Raul Molina**, Secretário Municipal de Saúde de Cabaceiras do Paraguaçu, lembrou que em sua CIR foi criado um GT que inclusive estavam Aline e Deise que na época era colaboradora técnica e agora é Secretária de São Felipe e relatou que inclusive Sapeaçu foi um dos municípios que não assinou exatamente por isso, porque tudo que tinha sido prometido não foi cumprido e o Prefeito lhe perguntou se era para assinar e este orientou que não assinasse. Concordeu com as colocações de Odilon Rocha que inclusive estava pedindo que lhe devolva o que ele pagou e não foi cumprido. Por isso que

68 não dá para renovar o termo automaticamente, para que se veja se as coisas continuam acontecendo, até para que depois não
 69 se tenha que responder por improbidade administrativa por estar pagando coisas que não existem que foi o que houve por lá.
 70 **Alcina Romero** esclareceu que na verdade essa discussão sobre o que vai ser feito dos compromissos desse
 71 cofinanciamento, cada CIR vai discutir o que quiser e assume o compromisso que o município sede assume que pode ou que
 72 não pode isso a coordenação técnica não atrela ao cofinanciamento, e também por conta de um ano ser muito pouco, fica a
 73 cargo de cada CIR entender se esse termo tem validade de doze meses ou de vinte e quatro meses, pois pode ser que tenha
 74 CIR que não queira todo ano estar fazendo essa renovação e estabeleça vinte e quatro meses como prazo que também é o
 75 prazo máximo, ou se quiser todo ano estar discutindo, então fica também para que na ata da CIR venha exatamente qual é o
 76 prazo de vigência. Informou ainda que será emitida uma Nota Técnica para todos os Coordenadores e todos os Secretários de
 77 Saúde de municípios sede de SAMU. **Stela Souza** concordou com a ideia de emitir uma Nota Técnica, ou um roteiro, uma
 78 orientação, do que as CIR deverão fazer para todo mundo encaminhar. **Ivonildo Dourado**, Diretor da Diretoria de Convênios
 79 do FESBA/GASEC, parabenizou os membros do COSEMS pela posse, desejando pleno êxito da gestão que têm pela frente e
 80 enfatizando que este é um espaço de construção, parceria e diálogo a fim de avançar cada vez mais no acesso da população
 81 aos serviços de saúde de qualidade principalmente. Com relação a essa questão do SAMU, corroborando com a fala de Alcina
 82 Romero, colocando que esse processo foi deflagrado na CIR de Alagoinhas por conta de um entendimento que o Termo
 83 estava vencido e que haveria necessidade da CIR rediscutir e encaminhar para republicação com a data validada, mas
 84 infelizmente não houve um entendimento no âmbito da CIR com relação à validade ou não e não foi possível já naquela época
 85 em 03 de agosto, deslançar esse processo no âmbito da CIR de Alagoinhas. Relatou que houve uma discussão e ficou
 86 determinado diante da CIR que essa discussão iria para o GT da Urgência e Emergência da região onde os municípios,
 87 inclusive Alagoinhas, apresentariam suas planilhas de custo com relação não só ao serviço de SAMU, a Unidade de Suporte
 88 Avançado, a Central de Regulação de Urgência e também apresentariam os custos das Unidades de Suporte Básico e fruto
 89 disso se pactuaria o cofinanciamento com os equipamentos existentes e funcionando no território. Manifestou satisfação por
 90 esta Comissão ter entendimento hoje de que essas regiões passem a discutir efetivamente a renovação dos seus Termos,
 91 pactuando o cofinanciamento por serviços e equipamentos existentes e funcionando no território, pois foi o que foi posto na
 92 CIR quando ocorreu em Araçás e foi o que foi posto na última CIR de Alagoinhas quando infelizmente teve que dar o dissenso
 93 por não concordar em pactuar um termo já vencido. **Nanci Salles** parabenizou os novos membros do COSEMS, colocando a
 94 Secretaria Executiva da CIB à disposição de todos, inclusive dos Secretários Municipais como já vem sendo feito ao longo dos
 95 anos. Em Seguida, procedeu à continuação da leitura do Informe: 2. Foi publicada a seguinte Resolução *ad referendum*:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
148/2017	30/08/2017	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA AGOSTO/2017.

96 Na oportunidade, fez um adendo em relação às Emendas Parlamentares, lembrando que na última CIB ficou acordado que
 97 seria feito um movimento de contato com os municípios que ainda não encaminharam Ata do Conselho nem a ciência da CIR,
 98 para que as resoluções dos meses que já foram publicadas pudessem ser ratificadas, mas isso ainda não ficou alinhado, pois
 99 os municípios ainda não encaminharam a documentação então Cassio sugeriu que a Secretaria Executiva da CIB entre em
 100 contato com os municípios para que na próxima CIB as Resoluções sejam apreciadas e ratificadas. Dando prosseguimento,
 101 Nanci Salles efetuou a leitura dos expedientes encaminhados para Homologação: 1. **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO**
 102 **INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DAE e CIR: 1.1 Credenciamentos: – Aprovados.**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo III, com a seguinte composição: 01 Profissional de Educação Física (20h), 01 Nutricionista (30h), 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 80 horas	São Félix	Cruz das Almas
	Alteração de composição de 02 Equipes de NASF Tipo I da Zona Rural, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Farmacêutico (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Professor de Educação Física (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando carga horária de 220 horas.	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista
	Alteração de composição de 03 Equipes de NASF Tipo I da Zona Urbana, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Professor de Educação Física (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Sanitarista (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista
	Alteração de composição de Equipes de NASF Tipo II, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (30h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (30h), 01 Assistente Social (30), totalizando carga horária de 170 horas.	Acajutiba	Alagoinhas
	Alteração de composição do NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Psicólogo (30h), 01 Terapeuta Ocupacional (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Médico Pediatra (20h) e 01 Médico Ginecologista (20h), totalizando	São Félix	Cruz das Almas

	carga horária de 200 horas.		
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, vinculado às USF Cruz das Almas, V. da Praia, Várzea do Meio, Barracas, Gestão Pedreira e Morada Nova, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Educador Físico (20h), 01 Nutricionista (30h), 01 Psicólogo (20h), 01 Sanitarista (20h), 01 Assistente Social (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Várzea da Roça	Jacobina
ESB – Equipe de Saúde Bucal	03 ESB Modalidade I, vinculadas às seguintes ESF: Dete Bezerra, Sede I e Sede II	Cafarnaum	Irecê
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Dr. Toinho	São Domingos	Serrinha

104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157

1.2 Implantação de CEO Tipo I no Município de Brejolândia. – Aprovado; Desabilitação das Motolâncias do SAMU 192 do Município de Salvador. – **Aprovado.** Dando prosseguimento à ordem do dia, **Nanci Salles** apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para Apresentação: **1. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DIREG: 1.1** Apresentação do Sistema SUREM. **Ana Paula Andrade**, Superintendente da SUREGS, cumprimentou a todos lembrando que essa apresentação ia ser feita na CIB passada e relatando que a grande maioria dos municípios já tem conhecimento do movimento que vem sendo feito desde o início de agosto, de substituição do Sistema SISREG que uma boa parte dos municípios ainda utiliza como ferramenta de solicitação de regulação pelo Sistema SUREM que foi criado aqui na Bahia e está sendo melhorado para que possa ser adequado a atender as necessidades do processo de regulação, inclusive o processo de autorização das AIHs que futuramente também será absorvido e dessa forma posteriormente estará sendo retirado o módulo autorizador e contemplando no SUREM todo o processo de regulação desde o acesso ao processo autorizativo. Iniciou uma apresentação em slides relatando que movimento já está sendo feito e qual o percentual de municípios que já utilizam o SUREM. Primeiro mostrou a tela de acesso que está sendo mudada pelo pessoal da comunicação que está trabalhando em uma imagem diferente e provavelmente até o final de setembro já se tenha uma nova roupagem. Mostrou um comunicado importante, principalmente porque tem um novo formulário médico, mesmo aqueles municípios que hoje não acessam o SUREM por falta de conectividade, porque não tem o sistema instalado ou porque só dispõe de fato de um fax para fazer a comunicação. Mostrou um relatório que o próprio sistema traz que precisa ser preenchido ao solicitar a regulação, o Formulário Norteador para Relatório Médico, que é um formulário padrão, independentemente de usar ou não o SUREM, e existem vários fatores da não utilização, todo município tem que usar esse formulário. Informou sobre um fórum que está acontecendo, inclusive já houve a segunda reunião, sinalizando a necessidade da presença do COSEMS que será solicitado para apresentação de uma pauta na próxima reunião. Trata-se do Fórum de Regulação onde estão sendo discutidos com as principais unidades os gargalos da regulação, que está sendo coordenado pela Promotoria Pública, é aberto ao público e vem sendo discutido a melhoria do sistema e o que vem travando os sistemas nos dois âmbitos, tanto no processo de acesso quanto no processo do encaminhamento de forma desregulada. Mostrou a tela anterior como eram feitas as ocorrências apenas para conhecimento, pois para quem está na ponta avaliando foi de muita importância essa modificação; nesta tela tinha a descrição da ocorrência onde na verdade não tinha como requisito o imprescindível, os sinais vitais, quais os exames de laboratórios mínimos que os médicos precisam para diagnosticar qual a gravidade daquele paciente e classificar o risco dele, e a descrição do quadro clínico do paciente eram feitas todas no quadro de observação, era escrito mesmo. Mostrou o novo modelo do SUREM que está no ar, a tela inicial da ocorrência que está sendo mudada trazendo algumas informações principalmente no campo de protocolo de dados vitais que são imprescindíveis, pois hoje tem campos que não são mais possíveis solicitar se não tiver os dados obrigatórios de sinais vitais, alguns exames básicos de laboratório, etc. Ressaltou que esse protocolo foi muito bem trabalhado para que se o paciente estivesse entubado, como alguns sinais vitais não conseguirão ser medidos, se colocasse que está em ventilação mecânica e automaticamente os campos que seriam obrigatórios e que a ventilação mecânica não permite que sejam observados, não vão ser mais cobrados como obrigatórios. Considerou interessante que os municípios divulgassem isso com o apoio do COSEMS, principalmente o relatório que precisa ser preenchido no ato da solicitação junto à unidade hospitalar e colocou que aqueles municípios menores que não possuem hospitais poderão ter acesso ao SUREM, destacando inclusive que alguns só têm uma unidade mista que funciona com um pronto atendimento, e essas unidades também recebem pacientes que precisam ser regulados, mesmo para ser feito vaga zero, pois é preciso ter ciência de quais são os pacientes que estão saindo do seu local de destino para um novo local de origem. Reiterou que todos os municípios devem dispor de um cadastro no SUREM. Mostrou como era a visualização antes dos campos obrigatórios e a visualização que o médico tem do quadro clínico do paciente após a implantação do novo SUREM. Mostrou as telas de pesquisa por ocorrência, histórico de ocorrência, pesquisa unificada, vários modelos de relatórios que o SUREM pode estar dando para o médico regulador e a página no youtube onde está gravado um vídeo aula orientando a utilização do SUREM, uma vez que não há condições de capacitar cem por cento das unidades e cem por cento dos municípios, mas o SUREM é um sistema de fácil acesso e o vídeo aula mostra o passo a passo de como cadastrar o paciente, como utilizar se ele for o solicitante, como acompanhar cada etapa no SUREM, e referiu que para se solicitar a senha do SUREM para os municípios que ainda não possuem, basta que os mesmos entrem em contato com a equipe de TI da Central de Regulação, e finalizou dizendo que hoje já é feito um contato via fax por aqueles municípios que ainda não usam o SUREM. Relatou que os complexos regionais das regiões sul, sudoeste que juntou com oeste e norte, dispõem de um complexo regulatório e todas as solicitações vão cair na solicitação da região de saúde que serão analisadas no âmbito regional e não conseguindo recurso, vão passar para o âmbito estadual, então o sistema também já faz essa avaliação de qual a solicitação e qual a região de saúde que o paciente está e aonde o recurso dele poderia ser atendido. Manifestou preocupação com estes dados que foram atualizados em 01º de setembro, e ainda não tem os dados atualizados, mas está sendo feito um intensivo para melhorar esse desempenho de utilização do SUREM. Mostrou o cenário no Estado da Bahia:

MACRORREGIÃO	Nº REGIÃO DE SAÚDE	Nº MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS COM CADASTRO SUREM	% MUNICÍPIOS SEM CADASTRO SUREM
CENTRO-LESTE	4	72	53	26 %
CENTRO-NORTE	2	38	26	32 %
EXTREMO SUL	2	21	10	52 %
LESTE	4	48	38	21 %
NORDESTE	2	33	17	48 %
NORTE	3	28	4	86 %
OESTE	3	37	31	16 %
SUDOESTE	4	73	57	22 %
SUL	4	67	35	48 %
9	28	417	271	65 %

158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208

Observou que na Região Norte tem um problema mais detalhado que precisa ser resolvido e existe a Rede PEBA – Rede de Regulação Bahia e Pernambuco, onde ainda ontem foi discutido que será preciso analisar com mais cautela de que forma será feita a migração do SISREG para o SUREM e terá de se ter uma agenda com o pessoal de Pernambuco. Parabenizou a Região Oeste que recentemente aderiu ao processo de regulação e mencionou que como hoje só conta como equipamento principal com o Hospital do Oeste, sabem que o processo da regulação é árduo, mas vem brigando para que se possa conformar a rede de serviço da região, pois o HO sozinho não dá conta para atender aos trinta e sete municípios e vem buscando melhorar o desempenho, tanto do HO, como de todos os outros serviços que existem, tanto na região de Ibotirama, quanto Santa Maria, como apoio à região como um todo e aí o primeiro processo é o de regulação do acesso, se isso estiver conformado corretamente com certeza irá melhorar. Mostrou o Questionário de Avaliação das Unidades publicado no Site, link Prestadores, o qual é acessado por 95% dos municípios, e referiu se tratar daquele site onde se pode saber o que foi aprovado pelo estado no ambulatório, quantas AIH aprovadas e referiu que para os municípios que não utilizam o site têm a página www.saude.ba.gov.br/prestadores onde está disponível este formulário que precisa ser preenchido por quem não utiliza o SUREM ainda. Ponderou que é preciso saber, até mesmo para construir coletivamente as estratégias que deverão ser usadas para aqueles municípios que não têm condições, por não ter estrutura física, não tem como colocar uma sala com computador, não tem equipamento, que não tem conectividade mesmo, e relatou que junto ao Ministério Público foi assumido um compromisso de em quanto tempo estariam com 100% do SUREM funcionando, ou quanto tempo será dado aos municípios e às unidades para se organizarem para a adesão desse processo e entendendo que não vai ser mudado de uma hora para outra, um prazo razoável de noventa dias, onde já vão ter conseguido identificar quem não está fazendo e por que não está fazendo, e tentar junto a essas unidades resolverem esse problema. Aquelas unidades que não têm condições irão ser notificadas junto à central que permanecerá recebendo fax, porque não dá para colocar barreira de acesso, mas as outras que forem identificadas que têm e não querem utilizar por questões diversas, não serão identificadas essas solicitações via outra ferramenta que não o SUREM, inclusive isso vai ser pactuado no Ministério Público que estará notificado das unidades que continuarão recebendo fax por falta de estrutura da unidade. **Ana Paula** finalizou colocando à disposição a Central Estadual de Regulação para dar suporte ao que for necessário, ressaltando que a apresentação no youtube está muito tranquila, as pessoas têm assistido o vídeo aula e têm entendido perfeitamente, mas ainda assim se houver necessidade estão à disposição no telefone da Central 3117-5700, quem precisar pode ligar para tirar dúvidas ou até se necessitar de capacitação. **Stela Souza** esclareceu três questões para que ficasse registrada na reunião da CIB. A primeira foi sobre a necessidade da realização de um trabalho de qualificação para o uso do SUREM nas regiões, inclusive ela disse que havia colocado para a SUREGS a importância de qualificar os municípios para que eles pudessem utilizar o sistema corretamente. Segundo ela, no hospital do município em que ela é gestora o uso do sistema é utilizado corretamente e funciona. Ela relatou que pela manhã na reunião do COSEMS foi discutido que o problema não era por conta da regulação e sim do processo de regulação de controle dos leitos, além da apropriação dos mesmos. Justificou que o diretor de hospital e provedor de Santa Casa não eram médicos reguladores, nem donos do leito, porque os leitos pertencem ao SUS. Ela alertou que o fato era o maior problema em relação à regulação e informou que pela manhã foi montado um grupo de trabalho de secretários e a reunião seria no dia dezoito às nove horas da manhã. Convocou a SUREGS para estar presente, tendo em vista a necessidade em dar celeridade para resolver a questão e na reunião haveria dois membros, além da presidente do COSEMS, para fazer parte do Fórum de Regulação que ocorre no Ministério Público. Ela informou que não compareceu no último fórum, porque o COSEMS não recebeu o convite, sendo assim, o COSEMS não se fez presente e a presença foi cobrada. Ela colocou para Rogério, Promotor do Ministério Público, que não tinha recebido o convite e inclusive ela não soube a data da agenda, porque na reunião em que a secretária executiva do COSEMS Luiza esteve eles fecharam a agenda no final da reunião, mas Luiza passou mal, precisou ir embora e não viu qual seria a data da reunião seguinte e o COSEMS não foi devidamente informado, por isso eles não compareceram, apesar de ter interesse no tema. Segundo ela, a SUREGS já tinha visitado a região Oeste e realizado o trabalho com os gestores sobre a questão do SUREM e a proposta foi de implantar o SUREM na CR (Central de Regulação) Sudoeste. Informou também que o SUREM foi oficialmente colocado para ser utilizado no estado inteiro, além da existência de três centrais de regulação, a Norte que abrange o PEBA, a Sul, a Sudoeste, bem como a Central Estadual que é regulação da urgência. Quando o Sistema foi testado na região Extremo Sul o SUREM não migrou para a CR Sul e encaminhou para a Central Estadual. Ela colocou que se fosse para ficar na região Sul mesmo, seria necessário fazer uma integração para que funcionasse, sendo da mesma forma com a Região Oeste e com as outras regiões, como a Centro Norte e a Nordeste. A partir do exposto, ela solicitou a realização de uma programação, oficializada com antecedência para o COSEMS combinar com as regiões e fazer um trabalho combinado. Ela pontuou que não estava falando de vaga, porque não havia e era outra coisa,

209 sendo assim, não adiantava regular sem ter vaga. A gestora aprovou o SUREM, mas se disse preocupada por eles não terem
210 conseguido integrar o Sistema com a CR Sul, solicitou que o planejamento fosse feito para que os gestores não ficassem
211 atrapalhados pelo fato de alguns estarem usando e outros não. **Ana Paula** esclareceu que através do SUREM era possível ter
212 uma única Central nos Estados Unidos e mesmo assim poder regular, sem necessidade de estar em nenhum ponto de atenção
213 ou região de saúde onde o médico regulador estivesse. Porque o Sistema é via web, as informações chegam e são
214 gerenciadas a partir das informações inseridas. Segundo ela, a estrutura atual de complexo só permitia que eles fizessem a
215 junção da Região Sudoeste com a Região Oeste, por dois fatores, estrutura física e o fato da Região de Santa Maria da Vitória
216 estar utilizando, de forma desregulada e no que se refere à demanda espontânea, a Região de Saúde de Guanambi. Muitos
217 pacientes da Região de Santa Maria da Vitória acabaram utilizando Região de Saúde de Guanambi como alternativa mais
218 próxima do que a Região de Barreiras, a referência da região. Quanto à região Sul, ela colocou que a proposta era fazer a
219 junção Sul/Extremo Sul pela aproximação e não havia sido feito ainda, porque teve o problema da estrutura física no complexo
220 de Itabuna, inclusive há seis meses o setor onde funcionava foi inundado. Colocou que ele era um prédio cedido pela
221 Secretaria Municipal de Itabuna e atualmente estavam sendo utilizados dois lugares, onde a equipe estava em uma estrutura
222 que não era adequada para trabalhar. Já existia uma nova estrutura para a regional de saúde, mas iria passar por uma reforma
223 para poder unir o grupo, então a CR Sul pediu para que ela não precisasse concentrar o maior número de demanda ainda,
224 porque quando fosse feita a junção de região de saúde em um complexo seria o mesmo que direcionar toda a demanda da
225 região de saúde para ser avaliada por aquele complexo e para isso, seria necessária uma estrutura mínima, tanto de pessoal,
226 quanto de estrutura física para ser executado um trabalho adequado. Ela informou também que a CR Sudoeste já estava bem
227 estruturada, funcionando em um prédio muito bom e eles ainda conseguiram levar os médicos reguladores que estavam em
228 diversos setores e por determinação do secretário eles retornaram para o processo de regulação, onde foi possível colocar dois
229 médicos imediatos para ficar na CR Sudoeste, permitindo com que a coordenação da sede assumisse imediatamente a Região
230 Oeste. Então o processo de fortalecer as Regiões de Saúde, estava sendo trabalhado e enquanto não acontecia, não
231 impossibilitava que todos usassem o SUREM, porque as solicitações cairiam na tela em Salvador. As que por acaso não
232 caíssem nos complexos regulatórios, por Região de Saúde, iriam para o complexo de Salvador e os médicos reguladores
233 internamente teriam a grade para poder atender, além de identificar a demanda por região, podendo avaliar o recurso
234 disponível e se o mesmo podia ser usado, permitindo concluir se eles poderiam ou não levar a demanda para Salvador. A
235 questão também poderia ser avaliada nas outras Regiões de Saúde que não possuísem o complexo atualmente. Ela afirmou
236 que a ideia era elaborar um novo modelo e avaliar qual seria a melhor proposta, bem como se de fato seria melhor estar em
237 cada Região de Saúde ou dispuser de uma estrutura para visualizar a grade toda a distância, tendo outros pontos estratégicos
238 para avaliação da disponibilidade do leito. Sinalizou também que o SUREM ou qualquer outro sistema do mundo não daria a
239 garantia de que o leito realmente estaria vazio e de fato seria ofertado para o sistema. **Cássio André** concordou com Stela
240 Souza no sentido de criar alguma metodologia para qualificar junto a CIR ou as Câmaras Técnicas e os GT das CIR, o
241 SUREM. Ele deu um exemplo, para explicar a importância da ferramenta, onde na reunião do CRIE (Comissão Regional
242 Interestadual Bahia Pernambuco), no dia anterior, eles perceberam que tanto o SISREG quanto o SUREM tinham limitações e
243 não era o ideal, mas eles precisavam do Sistema como um instrumento de avaliação, monitoramento e controle. Na reunião do
244 CRIE o problema ficou claro quanto ao Hospital Universitário de Petrolina, onde o mesmo alegava estar com cinquenta a
245 sessenta pacientes na fila de espera, quando não utilizava o sistema de regulação e imediatamente eles buscaram corrigir o
246 problema. Ele afirmou que não discutiria acesso ali, mas eles sabiam das limitações e dos vazios assistenciais existentes,
247 portanto, era importante dar transparência para a CIB. A partir do exposto, ele solicitou o apoio do COSEMS e dos apoiadores,
248 para junto com a SESAB elaborarem e apresentarem, na próxima reunião da CIB, um cronograma da qualificação. **Stela**
249 **Souza** pontuou que não precisava esperar a próxima reunião, pois o movimento já estava acontecendo e os interessados
250 poderiam fazer contato direto com a SESAB, além de os municípios poderem ir sinalizando quais eram as regiões, as
251 apoiadoras também ajudariam, permitindo a realização das capacitações o quanto antes, logicamente de acordo com a
252 disponibilidade da agenda da SUREGS. Segundo ela, na região Extremo Sul onde a bandeira para fazer o SUREM funcionar
253 foi levantada, teve reunião nas duas CIR e eles já iriam fazer uma capacitação, juntando à macrorregião e fazendo a
254 qualificação de duas pessoas por município ou unidade de saúde. Sendo assim, ela concluiu dizendo que dava para acordar
255 daquela forma sem ter que esperar a próxima reunião da CIB. **Cássio André** sugeriu que Ana Paula Dias desse seguimento
256 com a apresentação para repactuação da portaria de Cirurgias Eletivas, pulando o ponto de pauta da SAFTEC. **Stela Souza**
257 sinalizou que alguns membros precisaram sair, portanto, não poderiam inverter os pontos de pauta sem eles estarem
258 presentes e concordarem com a mudança, tendo em vista que talvez eles tivessem que tratar novamente o ponto quando os
259 membros retornassem, além do fato da necessidade do quórum estar completo para haver pactuação de um dos pontos mais
260 fortes da pauta. Após confirmar o retorno dos membros e do quórum, eles decidiram inverter os pontos. **Ana Paula Andrade**
261 se referiu a Stela Souza e reforçou um pedido feito através de ofício e previamente combinado com Ministério da Saúde,
262 quanto à exposição do teor do mesmo na reunião CIB, sobre o fato da Maternidade Climério de Oliveira, por ser centenária,
263 precisar passar por uma reforma. Segundo ela, a reforma iria começar nas próximas semanas e no período de um ano a
264 unidade teria uma redução na oferta de serviços, porque o Hospital sairia da estrutura com cinquenta e quatro leitos e iria para
265 um de trinta e sete, em um andar alugado no Hospital Salvador. A SUREGS enviou um ofício para os municípios da região
266 metropolitana e para o COSEMS, solicitando que no período de mais de quinze dias da saída de uma estrutura para a outra, os
267 municípios tentassem fazer o seu próprio dever de casa, em relação a realização do parto de baixo risco, principalmente na
268 região metropolitana e na de Feira de Santana, pois de acordo com os números registrados no TabWin, eram as duas que
269 mais utilizavam os serviços prestados pela Maternidade Climério de Oliveira. Sendo assim, ela solicitou que eles buscassem
270 fazer os partos de risco habitual na sua referência e se caso não fosse no seu respectivo município, que fosse no que eles
271 pactuaram. Tendo em vista que durante quinze dias a Maternidade Climério de Oliveira estaria sem atendimento e ao longo do
272 ano inevitavelmente teria uma redução de atendimento e Salvador teria a oferta de partos minimizada, não pela questão do
273 município ou Estado, mas pela necessidade de reforma de uma estrutura que já estava bem precária, ressaltando que mesmo
274 o Estado fazendo o esforço de ativar leitos que estavam desativados ou de ampliar os serviços em outras maternidades que
275 tinham condições de fazer. Naquele momento, ela solicitou a conscientização de todos os municípios, no processo, para que

276 as gestantes de alto risco pudessem de fato ser a prioridade da Maternidade Climério de Oliveira e das unidades de referência
277 de alto risco e para as mesmas não ficarem superlotadas com as gestantes de baixo risco. Ela concluiu o informe, alertando
278 que o Ministério Público estava atento ao movimento e ficou de apoiar, notificando os gestores, nos casos em que tivessem
279 condições de executar os partos de risco habitual, mas continuassem encaminhando as gestantes para Salvador. **Raul Molina**
280 afirmou que o problema era que o parto estava sendo por uma via difícil, principalmente quando era de alto risco, ou tinha uma
281 paciente com prematuridade, além de bebezinhos com alguma deficiência. Ele se referiu a **Ana Paula Andrade**, perguntando
282 quanto ao problema da Climério, se o Sagrada Família, que algum tempo andou fazendo aquilo, não poderia absorver alguma
283 coisa naquele meio tempo. Até porque ele disse ser pediatra, já esteve lá a cerca de um ano para acompanhar um recém-
284 nascido e pôde conhecer a unidade. **Ana Paula Andrade** respondeu dizendo que o Sagrada Família tinha um contrato que
285 funcionava no Hospital Salvador, também com o Estado, quando ele saiu do contrato e voltou para as instalações na Cidade
286 Baixa, o contrato foi reduzido em quatro ou cinco de agosto e desde então a unidade não ofertava mais nenhum serviço pelo
287 Estado, pois o mesmo cancelou o contrato com o SESAB que vinha funcionando apenas com UTI Neo. Segundo ela, eles não
288 ofertaram para o Estado a quantidade necessária que já não atendia de leitos de obstetrícia no contrato do Salvador, pois o
289 mesmo não tinha estrutura física para aquilo. Sendo assim, ela concluiu que o Estado já não contava com a Maternidade
290 Sagrada Família desde quando eles saíram da estrutura do Hospital Salvador para a Cidade Baixa e eles só tinham o contrato
291 de UTI Neo, reduzido também desde o dia cinco de agosto. **Odilon Cunha** disse ficar extremamente triste em ouvir o
292 depoimento de Ana Paula, porque eles se sentiam não servindo para nada. Ele soube do fechamento para o conserto do
293 centro cirúrgico pela mídia e que a reforma durariam três meses, mas na verdade seriam três anos. Ele pontuou também que
294 quando havia um paciente morrendo, tinha SUREM e tudo para solucionar, mas quando a Climério fechou, os gestores não
295 tiveram satisfação e a unidade foi falar com promotor ao invés de comunicar ao gestor. Então ele ressaltou que no melhor
296 momento da Maternidade, ela iria fechar, sendo que quando a mesma era ruim e não prestava para nada ninguém quis
297 resolver ajustar, porém naquele momento em que a unidade estava na sua plenitude de atendimento com qualidade, ela iria
298 fechar e empurrar a responsabilidade para os municípios. E se disse decepcionado em saber do um fato tão impactante
299 daquela forma por Ana Paula, relacionada a uma instituição que prestava um serviço tão relevante para o Paraguçu e à
300 região metropolitana, sendo apenas comunicado que a unidade fecharia e colocando a culpa da gestante parir mal no colo dos
301 gestores. Ele perguntou para onde iria o recurso, tendo em vista que se a gestante iria para o município, o recurso também
302 deveria ir. Ele achou pertinente discutir muito mais a situação, porque quando a pessoa tinha um infarto, a mesma entrava na
303 regulação, enquanto a situação tratada não poderia esperar por dois ou três meses. **Ana Paula Andrade** afirmou que quanto
304 ao prazo, o Estado também foi pego de surpresa e a mesma indignação de Odilon foi a dela na semana passada, há
305 exatamente oito dias atrás com o Ministério Público presente. Segundo ela, a SESAB se mostrou indignada, porque a Climério
306 apresentou um plano de ação dia cinco, com execução desde o dia três de agosto, então foi algo que a Maternidade sentou-se
307 à mesa e apenas quinze dias para avisar que na semana seguinte iria cumprir o plano. Ela concluiu que foi algo programado
308 com antecedência e que parecia que o Estado estava ciente há muito tempo e omitiu a informação. A alegação da Maternidade
309 quanto à urgência naquele momento foi em função do recurso, porque ela tinha um recurso de emenda que precisava ser
310 utilizado, caso contrário a unidade perderia. Então uma das alegações quanto ao prazo não poder ser postergado, foi
311 exatamente a questão da emenda. A SUREGS solicitou o adiamento de quinze dias do início da redução do acesso e nem isso
312 a unidade fez. Ela concluiu dizendo que a SESAB não viu com bons olhos, nem ficou satisfeita, mas se tratava de uma unidade
313 federal, eles tiveram que simplesmente acatar e montar uma estratégia, para que a preocupação de Odilon de desassistir os
314 pacientes não acontecesse. Sendo assim, o Estado montou um plano de ação para absorver a demanda e eles estavam
315 sinalizando quanto ao fato de que os partos de baixo risco, com pactuação no município, deveriam estar sendo feitos, mas não
316 estavam sendo, passassem a serem feitos, porque no momento havia uma crise. Ela deixou claro que a questão não era,
317 porque Salvador não queria atender, muito pelo contrário, era apenas para chamar atenção para os partos de risco habitual,
318 que deveria ser feito nos seus locais de origem, mas que não estavam sendo e precisavam de um esforço para então poder ser
319 feitos. **Alexandro Miranda** saldou a todos, comunicou que era membro da CIB e diretor da Gestão Direta da Diretoria da Rede
320 Própria. Ele disse entender a preocupação de Odilon e comparou com a da SESAB a partir do comunicado do fechamento da
321 Climério. Segundo ele, a informação levada pelo Estado ao COSEMS e à CIB se deveu ao fato da construção do plano de
322 intervenção, juntamente com Salvador e com o COSEMS, por causa do fechamento da unidade. Eles prepararam uma rede e
323 pediram que os quarenta por cento dos partos encaminhados para Salvador, dos municípios não pactuados e de risco habitual,
324 ficassem nos municípios, porque os que tivessem gravidez de alto risco o Estado estava dando conta. Ele informou que até o
325 momento nenhuma intercorrência tinha acontecido com o fechamento da Climério, há uma semana o plano tinha sido colocado
326 em prática e tudo tinha ocorrido com naturalidade. **Cássio André** concordou com Odilon e afirmou que qualquer equipamento
327 que estivesse em perfeito funcionamento, ou não, precisava ser previamente comunicado e dialogado com os gestores e a
328 coisa estava caminhando de forma equivocada. Ele encaminhou o informe, para não deixar o ponto passar daquela forma sem
329 acompanhamento, e a ideia era passar pelo Grupo Condutor de forma sistemática, tanto apresentando o plano feito, quanto o
330 que realmente estava acontecendo ou não, para buscar alternativas de evitar a desassistência. Ele lembrou também que no
331 mês de setembro não teve reunião do GCE, por causa da agenda apertada. **Juliana Carneiro**, Secretária Municipal de Saúde
332 de Riachão do Jacuípe, informou que junto com Manoel e o Ministério Público fazia parte do GT de discussão do fórum Rede
333 Cegonha, as reuniões vinham acontecendo mensalmente geralmente na sede do MP e a discussão da Climério aconteceu há
334 algum tempo e eles enquanto representante do COSEMS vinham cobrando do Estado o plano de ação, além da apresentação
335 do mesmo. Inclusive houve uma notificação do Ministério Público, porque deveria ter sido apresentado e não foi justamente por
336 causa da preocupação do que iria acontecer e para ela felizmente até o momento nada tinha acontecido. A preocupação era
337 que acontecesse e eles estivessem sem saber o que fazer, tendo em vista que eram aproximadamente vinte leitos. Ela
338 informou que eles solicitaram a notificação do fechamento aos gestores há uns dois meses atrás por meio do COSEMS. Ela
339 disse que representava o interior, no fórum, e a preocupação era imensa em relação à questão de Salvador e região
340 metropolitana, porque o problema era grande. A Maternidade Climério realmente não passou as informações e eles não
341 poderiam esperar tanto tempo para isso, inclusive eles vinham fazendo a provocação junto ao Ministério Público, no mês
342 passado o mesmo disse que iria notificar justamente pela ausência do plano de ação e tendo em vista a necessidade de

343 informar aos gestores e dizer o que seria feito dali para frente. Ela disse que acreditou que naquela reunião da CIB a
 344 informação já teria sido passada, bem como a apresentação do plano em CIR, para a coisa ficar mais clara para os gestores.
 345 **Stela Souza** afirmou que gostaria de acrescentar a fala, dizendo que Juliana representava o COSEMS no fórum e na
 346 discussão da paralisação da Climério de Oliveira. Pela manhã na reunião do COSEMS foi dito claramente que a Maternidade
 347 não atendia apenas a região metropolitana e a gestora de Riachão do Jacuípe representava os quatrocentos e dezessete
 348 municípios da Bahia no fórum, portanto, não era só a região metropolitana. Ela explicou para Ana Paula dias que eles estavam
 349 pedindo a apresentação do plano de contingência o mais rápido possível, apesar dele ter passado na CIR de Salvador e de
 350 Camaçari. A necessidade era levar para conhecimento dos municípios do interior, o plano, para os mesmos saberem se eles
 351 poderiam contar com o novo contrato provisório, tendo em vista que a maternidade acordou três meses, mas eles tinham em
 352 mente que poderiam durar três anos. Ela pontuou que eles não poderiam esperar até a próxima reunião da CIB para
 353 apresentar, porque nem tempo para isso eles tinham, então quanto mais rápido melhor. Concluiu convocando Ana Paula para
 354 apresentar o ponto das cirurgias eletivas. **Ana Paula** afirmou que na última reunião da CIB, ela havia levado o cenário de como
 355 seria a execução para cirurgia eletiva no exercício de 2017. Pactuaram que todas as CIR discutiriam quem seriam as unidades
 356 e os municípios executores para a partir daí poder ter uma nova pactuação em CIB com os valores dos executores referente a
 357 demanda que tinha sido cadastrada no Sistema Lista Única, tanto no modo demanda do município, quanto no modo cirurgia
 358 eletiva e que gerou um montante de doze milhões. Ela afirmou que eles iriam precisar fazer várias discussões em relação ao
 359 processo autorizativo, dizendo que o próprio Sistema Lista Única, faria o processo de autorização das faixas FAEC
 360 diferenciada, após a definição de quem seriam os municípios executores. Ela explicou também o porquê deles terem colocado
 361 dentro do Sistema a faixa de cirurgias eletivas, dizendo que o próprio sistema já tinha lá quem era o usuário gerador da
 362 demanda dos doze milhões, então foi possível concluir que a demanda foi gerada em cima de uma demanda reprimida de cada
 363 município, onde cada um disse quem era o usuário e qual era o procedimento que o usuário necessitava para fazer a cirurgia.
 364 Portanto, o cadastro gerou o montante financeiro e a autorização da faixa numérica estaria vinculada ao Sistema, então no
 365 mesmo também teria o módulo de autorização das APAC para cirurgia eletiva, onde mesmo que não fossem municípios que
 366 processassem com o Estado, só seriam autorizadas as faixas para os pacientes previamente cadastrados no Sistema. Ela
 367 pontuou que o mês ainda estava em curso, ninguém tinha autorizado ainda e geralmente o processo de autorização, para as
 368 AIH, se dava no final do mês. Pela última pactuação, a partir de primeiro de setembro os municípios que já sabiam que eram
 369 executores, a exemplo de Salvador que estava fazendo edital de credenciamento e já sabia, poderia começar a usar a faixa e
 370 vincular se o paciente que solicitou autorização da faixa numérica era o paciente de fato que estava no Sistema e gerou o
 371 montante financeiro, pois caso não fosse um paciente, a AIH não seria autorizada. **Stela Souza** pontuou que eles ainda não
 372 tinham oficializado quem eram os municípios executores, então a liberação seria após a publicação da Resolução e ninguém
 373 ainda estava usando nenhuma faixa. **Ana Paula Andrade** confirmou a fala de Stela e disse que apesar da CIT ter saído
 374 aportando recurso, inclusive já estava no teto, ficou só no discurso e para que houvesse comprovação da execução da cirurgia
 375 eletiva o sistema estava amarrando ao da Fila Única. Então a faixa só estaria sendo liberada de acordo com o que estava
 376 cadastrado. Sobre as unidades em municípios com comando único, os gestores fariam o processamento, bem como teriam
 377 suas unidades executoras, mas também precisariam integrar a solicitação dentro do sistema para que fosse feito o confronto
 378 entre o que estivesse cadastrado e o que estava sendo solicitado de autorização de AIH, para que o paciente tivesse garantido
 379 o acesso dele ao serviço, ou seja, a confirmação de que a cirurgia dele seria efetivamente garantida. Segundo ela, o processo
 380 iria ocorrer daquela forma, para que não tivesse nenhum desconforto e nenhuma sinalização informando a existência de uma
 381 fila com dez pacientes e na verdade foram operados outros dez e os da fila não, fazendo com que os mesmos permanecessem
 382 na espera em estudos posteriores. Obviamente haveriam prestadores do Estado que por alguma casualidade ou impedimento,
 383 quanto ao atendimento do paciente da fila, e nesse caso o mesmo seria substituído automaticamente, na própria fila, sendo
 384 assim, se ele tivesse uma fila com cem, mas cadastrassem cinquenta, eles pactuariam para que fosse feito sistematicamente.
 385 Quanto às unidades executoras pactuadas para a CIR, ela informou que tinha sido feito um comunicado entre SUREGS e
 386 COSEMS, sinalizando que deveria ser pactuado em todas as CIR, até o dia seis de setembro, porque teria uma CIB dia doze e
 387 considerando o feriado de sete, oito, novo, dez, o prazo máximo foi até o dia seis. Mas ocorreu que algumas Regiões de Saúde
 388 não tiveram tempo oportuno, nem quórum, ou não conseguiram pactuar. A partir do exposto, ela apresentou as Regiões de
 389 Saúde e o que eles teriam como limite de prazo, entendendo que a não pactuação dessas regiões, implicaria nas que fizeram o
 390 seu dever de casa. Ela apresentou as CIR que pactuaram, bem como os municípios e suas respectivas unidades de
 391 referências e se as regiões tinham ou não credenciamento de cirurgia eletiva atualmente com o Estado, além de quem era o
 392 gestor do recurso, de acordo com tabela a seguir:

Região de Saúde	Município Executor	Unidade Executora	Credenciamento Cirurgia Eletiva	Gestor
ALAGOINHAS	CATU	Hospital Municipal Eurico Dutra	NÃO	MUNICIPAL
	Esplanada	Hospital São Francisco e São Vicente	SIM	ESTADUAL
BARREIRAS	Barreiras	Hospital Municipal Eurico Dutra	NÃO	MUNICIPAL
	Cristópolis	Hospital Municipal Antônio José de Araújo	NÃO	ESTADUAL

	Formosa do Rio Preto	Hospital Municipal Doutor Altino Lemos Santiago	NÃO	ESTADUAL
	São Desiderio	Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida	NÃO	ESTADUAL
BRUMADO	Barra da Estiva	Hospital Suzi Zanfretta	NÃO	ESTADUAL
	Brumado	Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto	NÃO	MUNICIPAL
	Livramento de Nossa Senhora	Hospital Municipal de Livramento De Nossa Senhora	NÃO	MUNICIPAL
	Macaúbas	Hospital Antenor Alves da Silva	NÃO	MUNICIPAL
	Paramirim	Hospital Doutor José Américo Rezende	SIM	MUNICIPAL
CRUZ DAS ALMAS	Cruz das Almas	Hospital Nossa Senhora do Bonsucesso	SIM	MUNICIPAL
	São Félix	Hospital Nossa Senhora da Pompéia	SIM	MUNICIPAL
	Sapeaçu	Hospital de Cirurgias do Recôncavo	SIM	MUNICIPAL
IBOTIRAMA	Barra	Hospital Ana Mariane	SIM	ESTADUAL
ILHÉUS	Ilhéus	Hospital São José Maternidade Santa Helena	NÃO	MUNICIPAL
	Canavieiras	Hospital Regional Régis Pacheco	NÃO	MUNICIPAL
IRECÊ	Irecê	Hospital Maternidade Josefa Ismael Sobral	NÃO	MUNICIPAL
	Lapão	Hospital Luís Eduardo Magalhães	SIM	ESTADUAL
	Xique - Xique	Hospital Julieta Viana	NÃO	MUNICIPAL

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

Ela explicou que o gestor do recurso poderia estar em um município com comando único, mas pelo fato de ter contrato com o Estado, o município pode ter pactuado para que o recurso ficasse com o próprio Estado, no objetivo de o mesmo permanecer com o credenciamento da unidade. No caso de Paramirim, ela explicou que o município tinha comando único, mas havia contrato com o Estado. Segundo ela, precisava ser definido, pois nenhuma CIR havia estabelecido ainda, qual era o recurso financeiro que cada município listado iria dispor. Tendo em vista a existência de Regiões de Saúde onde havia recurso, só tinha uma unidade, portanto, ficaria mais fácil, então o mesmo deveria pegar o recurso e colocar. Ela deu o exemplo de Cruz das Almas, sinalizando que a mesma possuía três unidades, as mesmas eram credenciadas com o Estado e todas as três tinham gestor municipal. A partir do exposto, **Ana Paula questionou qual seria o gestor responsável pelo recurso, se ficaria no Estado ou no município. Além disso, a dúvida seria, qual dos três municípios atenderia cada população, porque sendo recurso da gestão estadual, o mesmo cairia em único fundo, mas quando fosse da municipal, ela disse que eles precisariam saber se o recurso destinado para uma determinada unidade só seria para uma região mesmo, ou se alguém pactuou com eles para serem o executor. Ela expôs a questão, porque não tinha sido definido em nenhuma CIR.** Stela Souza afirmou que tinha sido solicitado que todos fizessem. Ana Paula respondeu que a informação recebida foi apenas em relação a quem era o município e a unidade. Ela ressaltou que em Ibotirama só tinha Barra, então era simples pegar todo o recurso e aportar em Barra, para o mesmo poder ser o executor. Quando tinha mais de um executor, a exemplo de Irecê e os outros, ela precisava saber quem iria ficar com quem, porque caso contrário, a SESAB não tinha como destinar qual era o valor de recurso para cada região. Ela relatou que pela manhã, Ivonildo informou o envio por e-mail sobre a CIR Feira de Santana, portanto, houve um corte para a composição do processo de criação da apresentação e quem enviou até aquele momento, estava registrado ali. Quanto a CIR de Guanambi, como eles enviaram via processo físico chegou igual à tartaruga pelo protocolo para a SUREGS e Nanci Salles tinha acabado de informar para ela. Quem enviou por e-mail, foi registrado pelo técnico na apresentação. Stela Souza disse entender, por acompanhar e cobrar e sinalizou que estava faltando algumas regiões que fizeram e dividiram tudo certinho, mas não teve reunião de CIR e por isso não enviaram. O COSEMS protestou, pois apesar de ter insistido e cobrado muito das regiões, através das apoiadoras, infelizmente não foi agendada a reunião. Esclareceu que foi orientado no movimento para os gestores que quem fazia pauta não era apenas o coordenador sozinho e sim o mesmo com o coordenador adjunto. Atualmente o coordenador adjunto da CIR era secretário municipal de saúde, sendo assim, se o coordenador não colocasse na pauta e o secretário entendesse a necessidade, forçaria para que tivesse reunião. Poucas regiões não tiveram reunião, mas a maioria teve e inclusive a CIR de Porto Seguro, fez a relação, fechou direitinho, enviou, mas não estava na apresentação da SUREGS. Ela pontuou que apesar do envio, teve um problema no Núcleo com a mudança do coordenador, mas não interferiu em todas as regiões, tanto que Teixeira de Freitas estava na relação e tinha o mesmo coordenador. Ela sinalizou a preocupação com a necessidade de definir aquela questão, pois caso

430 contrário, eles não dariam conta de fazer as cirurgias até trinta e um de dezembro, obrigando a Bahia devolver o recurso para o
431 Ministério da Saúde. Ela deu o exemplo da CIR que ela pertence, onde a mesma possui oito municípios, imediatamente dois
432 deles fecharam para fazer a cirurgia em Porto Seguro e seis em Eunápolis e a informação também não constava na
433 apresentação. A partir do exposto ela questionou se outras regiões não estariam na mesma situação e as apoiadoras poderiam
434 fazer aquele levantamento. Stela solicitou para Ana Paula um prazo, porque a responsabilidade era conjunta e eles precisavam
435 sair dali com uma definição para publicação de Resolução e envio imediato à CIT, sem o risco de perder o recurso, inclusive
436 Salvador já tinha informado que possivelmente não daria conta das cirurgias até trinta e um de dezembro, sendo assim eles
437 não conseguiriam definir uma Resolução. Segundo ela, eles não poderiam tratar o caso individualmente na reunião da CIB,
438 porque mexeriam com todas as regiões, cancelando todo o restante da pauta da CIB, sendo melhor definir que o COSEMS
439 junto com a SESAB faria um filtro região a região, buscando quem realmente não teve reunião e quem teve, porque Salvador
440 tinha acabado de relatar a realização da reunião, bem como o fato de ter sido decidido tudo direitinho e mesmo assim não
441 estava na apresentação. **Cássio Garcia** observou que havia várias situações como região que não teve CIR, região que não
442 teve quórum, foi um prazo muito curto da última CIR até agora e com um feriadão no meio, então seria necessário bastante
443 objetividade, pois não daria para esperar até o final do mês ou dar prazo para voltar para a CIR e colocou que algumas regiões
444 que enviaram, mas não deu para Ana Paula atualizar e propôs fechar um encaminhamento. **Ana Paula Andrade** argumentou
445 que ainda havia muita coisa para ser discutida e fez a ressalva de que tinha município que pactuou com Salvador que é de
446 outra região de saúde e pactuou um ou outro procedimento e como aconteceu com Salvador pode ter acontecido com outras
447 regiões. Informou que foi contatado com o município que vai ser o executor para que depois não seja vinculado o recurso ao
448 município que está sendo pactuado e o município não ter nem conhecimento que teve essa pactuação e ser cobrado de uma
449 execução que ele nem sabia. Chamou atenção de que a pactuação fora da região de saúde provavelmente vai ser daqueles
450 procedimentos que são mais problemáticos, que o município não consegue comprar com tabela SUS e está tendo uma
451 pactuação sem o conhecimento do gestor que vai ser o executor, porque uma coisa é pactuar dentro da própria CIR com o
452 gestor que vai ser o executor, outra coisa é trazer de outra região de saúde e pactuar com Salvador como estão fazendo.
453 Ressaltou que qualquer pactuação tem que ser acordada com o gestor que vai executar, pois não adianta aportar o recurso
454 sem uma pactuação prévia porque o município pode simplesmente dizer que não vai executar e aí se perde o recurso daquele
455 serviço. **Stela Souza** colocou a necessidade de todos lerem o Regimento da CIB, pois tudo que sai da região de saúde tem
456 que vir para a CIB, está no regimento, então a seu ver isso tem que ser eliminado. **Ana Paula Andrade** concordou e relatou
457 que alguns municípios já haviam sinalizado como Feira de Santana, Guanambi, Juazeiro, Itapetinga e Vitória da Conquista,
458 assim, iriam analisar os outros que chegaram depois. Abordou outra questão para conhecimento e discussão, a Resolução CIT
459 de Cirurgia Eletiva – Exercício 2017 que “estabelece novos critérios para transferência de recursos financeiros destinado ao
460 custeio dos procedimentos cirúrgicos eletivos da estratégia de ampliação do acesso, previstos na Portaria GM nº 1.294/2017.
461 Art. 1º Fica definida a antecipação da primeira parcela do limite financeiro redefinido pelas Comissões Intergestores Bipartite –
462 CIB, conforme Portaria SAS/MS nº 1.188, de 11/07/2017 e nº 1.268, de 25/07/2017, destinado ao custeio dos procedimentos
463 cirúrgicos eletivos da estratégia de ampliação do acesso, a ser transferida do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais
464 e Estaduais de Saúde. § 1º A antecipação de que se trata este artigo corresponderá a 1/6 do limite financeiro programado para
465 cada Gestão.” Lembrou que a Bahia tem a Resolução CIB Nº 109/2017 pactuando que seria apenas para composição do
466 Ministério da Saúde, o limite financeiro da garantia do recurso dos dezoito milhões para a Bahia, só que os outros estados
467 avançaram na discussão de como ia ser o rateio e a execução e começaram a cobrar ao Ministério da Saúde a liberação de
468 recurso, aí o Ministério liberou 1/6 considerando a Resolução CIB Nº 109/2017. Lembrou que foi pactuado que essa resolução
469 só seria para programação junto ao Ministério e teria uma nova programação que foi apresentada na CIB passada, que seria
470 uma nova proposta que foi o rateio de doze milhões, esses municípios foram o que o COSEMS tinha solicitado, e isso é o que
471 consta na Resolução CIB Nº 109/2017. O valor da nova proposta de distribuição financeira, tem alguns municípios que até
472 estão contemplados, mas não no volume financeiro o qual estava pactuado na Resolução CIB, que não era a resolução
473 definitiva, o repasse financeiro que o Ministério fez e a data da ordem bancária no dia 05 de setembr, quando o Ministério
474 creditou todos esses valores, inclusive a gestão estadual também entrou como recebedor sem pactuação porque ainda não
475 ficou definido quantos serão os executores através do estado. Ressaltou que existe hoje um repasse feito a maior de
476 quatrocentos e setenta e dois mil reais para um rol de municípios, outros municípios são os que já receberam uma parte do
477 recurso, 1/6 também, mas que estão dentro do valor proposto, então estes municípios não receberam indevidamente e sim de
478 acordo com o que está proposto para executarem, assim a preocupação é com esse montante que a CIB vai ter que definir
479 como fazer para poder retirar isso porque a proposta dessa própria CIT que saiu é que seja feito um encontro de contas no final
480 da execução dessa Portaria GM nº 1.294/2017. **Cássio Garcia** relatou que essa questão foi na reunião do CONASS com as
481 presenças do Ministro, do Secretário da Saúde, representantes do Estado de São Paulo e Paraná, que fizeram o pedido ao
482 Ministro e ele atendeu, entretanto, na condição de representante da Bahia, não se colocou naquele momento porque ainda
483 estava em fase de aprovação. Ponderou que agora nesse caso que há urgência da pactuação de quem vai ser executor
484 mesmo pelo prazo, até esses quatrocentos e setenta e dois mil reais não é que será deixado de lado, mas em sua opinião não
485 conseguiremos vencer hoje aqui e há tempo até a próxima CIB de buscar uma estratégia para devolver isso, devolução de
486 recurso ou execução. Sua preocupação agora é com as regiões, com o tempo e como vai definir a pactuação num prazo muito
487 curto, porque são várias situações, mas tem região que definiu quem é o executor e qual é o quantitativo de recursos que vai
488 para determinado local, então questionou se essa região estando ok e chegando aqui já vai publicar. **Stela Souza** argumentou
489 que não daria para fazer aos poucos porque 2/6 já está para sair, daqui a pouco quem está recebendo não vai executar e
490 quem se propôs a executar não vai executar, é preciso ter cuidado, pois a situação é delicada, primeiro não são apenas estas
491 regiões que fecharam e isso precisa ser conferido o mais rápido possível. **Ana Paula Andrade** lembrou que ainda assim o
492 estado ficaria impossibilitado nas regiões de saúde que tivesse mais de um prestador de definir quem seria o gestor do recurso
493 e isso teria que vir amarrado da CIR, pois quem tem um só é muito fácil, mas quando tem mais de um é complicado. Citou o
494 exemplo de Eunápolis que tem um quantitativo que ficou pactuado com o município e outro quantitativo com outro município e
495 referiu que era preciso estar claro quem vai ser o gestor do recurso porque se não ficaria impossível minutar a resolução CIB
496 que tem que sair dizendo exatamente qual é o valor. Considerou interessante já deixar ciente que existe um montante de

497 recurso de cinco milhões que estão sem definição de gestor, e a proposta que tinha sido feita foi de ficar no teto do estado
498 apenas como orçamento e quando definir os executores, os cinco milhões serão pactuados na sua distribuição. **Raul Molina**
499 chamou atenção de que se não chegar a um acordo aqui, teriam que acabar devolvendo recurso, inclusive falou na reunião da
500 manhã que o fluxo e as definições têm que ficar bem claros para que amanhã ou depois não seja colocado de forma diferente,
501 lembrando algumas coisas, primeiro que foi colocado que no último caso iria pegar aquele recurso que estava no estado e
502 fazer um encontro de contas depois, mas não devolver recurso; segundo que ficaram de trazer aqueles prestadores que já vem
503 prestando serviços e que são resolutivos; terceiro como tinha que ter resolução CIB e os municípios teriam que se manifestar,
504 alguns conseguiram fazer a exemplo de Cruz das Almas, mas não definiu valores quantitativos; quarto como foi feita uma
505 manifestação sem um estudo na mão, não poderia dizer quanto ficaria para cada um e ficou claro que seriam encaminhados
506 ofícios reafirmando, inclusive aí tem um adendo que vale a pena colocar até para mostrar como o SUS é e como também tem
507 fraternidade e companheirismo nisso. Em Cruz das Almas foram definidos três prestadores, São Félix, Cruz das Almas e
508 Sapeaçu, quando foi entregar os ofícios a Superintendência esta perguntou onde estavam as manifestações, quando se
509 manifestou Cachoeira ficou de fora e **Odilon Rocha** se manifestou no grupo colocando que Cachoeira já era credenciado e
510 deveria ser prestigiado, então o Secretário de Cachoeira refez sua comunicação avisando que também referenciava. Ressaltou
511 a importância de colocar essas coisas, elogiando Odilon Rocha, pois quando este erra ele fala, mas quando este acerta e com
512 fraternidade tem que ser dito também. Concordou com as colocações de **Stela Souza** de que tem que ser pactuado nesta CIB
513 porque no momento que se trás o recurso de uma região para outra, a autorização tem que sair daqui. Citou Santo Antônio de
514 Jesus que só tinha um prestador, decidiu colocar para a região de Cruz das Almas e outra coisa para Salvador, isso tem que
515 constar aqui e ser aprovado ad referendum inclusive a data que tem que ser entregues os documentos, para já resolver o
516 problema hoje senão vão devolver recurso e não vão dizer que o COSEMS não chamou atenção e que os Secretários não se
517 entenderam para fazer e também não dizer que o estado atrasou, que não quis ou que teve má vontade, tem que fechar um
518 encaminhamento claro. Relatou que alguns colegas falaram que estão indicando algumas coisas para Salvador e o município
519 está dizendo que não tem condições de fazer, se não tem condições de fazer e tem executor que pode fazer ele está na lista
520 única e no momento que marca a consulta automaticamente está indo, e eles estão dificultando o acesso daquilo que estão
521 brigando a algum tempo, que se abram as portas, então referiu que poderão ser incoerentes naquilo que eles mesmos
522 pactuaram. Ressaltou que estava sendo gravado e estava fazendo encaminhamento, reforçando e pedindo à SESAB
523 compreensão para isso de que hoje pactuem dentro da programação que foi feita e do fluxo que está sendo colocado, mas
524 com data para entregar, porque se entregar uns depois dos outros, até o GT pode fazer uma reunião de urgência e recompor
525 isso para que não se perca o dinheiro, mas não dá para continuar fazendo isso. Questionou à área técnica sobre uma data
526 para fechar isso e sugeriu que fosse pactuado hoje dessa forma. **Odilon Rocha** ponderou que essa discussão sem fim não
527 estava indo a lugar nenhum e os dias se passando. Lembrou que há uma lista com o nome do paciente e o procedimento, que
528 já está garantido o atendimento, então não entende porque o sistema não está funcionando, e abordou também a questão dos
529 municípios que ficaram com o procedimento e que não se sabe se eles têm condições de fazer aquele procedimento, mas está
530 escrito na tabela o município e o procedimento. Ponderou que as unidades executoras têm que pegar a parte melhor e pior das
531 cirurgias porque muitas delas só vão querer os procedimentos que estão 100%, então é preciso definir racionalmente o passo a
532 passo para quando abrir que já seja com série de AIH. Questionou as condições daqueles municípios que já tem o recurso no
533 seu orçamento, já tem o nome na lista, já tem o procedimento, já tem o prestador, então porque não começam a fazer logo,
534 senão vão começar a devolver dinheiro novamente, se bem que não existe isso de devolução para o Ministério. Ressaltou a
535 lucidez de Jacqueline Bomfim ao colocar que o mutirão de cirurgia veio para ajudar a todos e não só a alguns, portanto que
536 obedeça a lista já existente e lembrou também que ainda falta serem discutidos alguns pontos fundamentais como a ortopedia.
537 **Cássio Garcia** concordou com Odilon Rocha colocando que com a democracia demais acontece isso, se houvesse tido uma
538 imposição já estaria tudo resolvido e a Resolução publicada, mas como estava sendo dada fala a todos, querendo levar para
539 as CIR, querendo que todos executem, aí acaba acontecendo esse tipo de coisa. Ponderou que não foi um exemplo de
540 pactuação, mas considerou a discussão em Porto Seguro, embora seja uma região pequena, muito boa e muito clara, inclusive
541 tiveram municípios que disseram só fazer o melhor e queriam mandar o pior para os outros, no entanto isso está sendo
542 deixado aberto, mas todo executor tem que ter ciência do que pode acontecer. **Stela Souza** reforçou o prazo do dia 20 para
543 todos aqueles que já fizeram e não mandaram ou que mandaram e ainda não chegou, enfatizando que no dia 21 estará
544 publicada a resolução com os valores, quem não fez não deve tirar o valor, deve deixar o valor no teto do estado ou de algum
545 município, para depois ir repassando, o que não dá é para ficar parado esperando. Lembrou que a CIR vai ter que acontecer
546 antes do dia 20 e orientou que Cássio Garcia precisa conversar urgente com os Coordenadores de Núcleo para que mandem e
547 confirme o recebimento da convocação da reunião, o COSEMS também vai ajudar, mas a obrigação é do Coordenador que
548 este ano é do Estado. **Cássio Garcia** se comprometeu a combinar com Ana Paula para fazer um email específico para
549 cirurgias eletivas e passar para o COSEMS divulgar para os coordenadores e coordenadores adjuntos e até o dia 20 será feita
550 essa pactuação. **Raul Molina** registrou que deve tratar-se de uma decisão democrática, se o secretário do município não
551 gostar do executor, mas este tem produção e está fazendo acontecer, está sendo automaticamente credenciado, e questionou
552 quem é que vai fazer as cirurgias ortopédicas, ninguém se colocando à disposição, de repente apareceria um prestador que
553 faria como já tem alguém fazendo, por isso é que tem que ficar desse jeito. Ponderou que estavam sendo dadas as diretrizes
554 de como fechar a resolução e a data que já foi pactuada para o dia 20. **Stela Souza** questionou se havia ainda alguma
555 pendência relacionada às cirurgias eletivas e lembrou que fila única já tinha sido discutido anteriormente, ficando para hoje
556 apenas a definição dos municípios de quem seriam seus prestadores. Dando prosseguimento, **Cássio Garcia** passou para o
557 próximo ponto de pactuação: **1. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde –**
558 **SAFTEC/DASF: 1.1** Alteração de Resolução CIB N. 562/2013, considerando, Portaria 2001, de 03 de agosto de 2017,
559 referente à alteração de Artigo 3º da Portaria 1555 de 30 de julho de 2013, onde amplia o recurso federal de R\$ 5,10 para R\$
560 5,48 e atualiza a população conforme IBGE de 1º de julho de 2016. **Daniela Vitor, Diretora** da DASF, colocou que depois de
561 todo esse trabalho para pactuar um prazo, no final iria trazer outra pactuação de prazo e informou que trazia boas notícias,
562 uma proposta de pactuação que foi discutida no GT do COSEMS semana passada e também a necessidade de repactuação
563 dos valores das contrapartidas que foram alteradas pela Portaria GM/MS nº 2001/2017, isso por conta da alteração da base

564 populacional. Iniciou a apresentação em slides dizendo que iria tratar primeiro da pactuação da execução do saldo de
565 contrapartida de 2015 e 2016, e como prestação de contas informou que deve aproximadamente vinte e cinco milhões
566 somando os saldos dos dois anos. Apresentou a Proposta de Execução do Saldo do que foi pactuado no GT: - Valor a ser
567 executado em 05 trimestres, a partir do quarto trimestre de 2017; - Cada município deverá solicitar através do SIGAF, a
568 programação trimestral, o valor de contrapartida prevista para o período, acrescentando o correspondente a 1/5 do valor saldo
569 devedor (2015/2016); - As solicitações de medicamentos deverão considerar a demanda necessária para 03 meses, tendo em
570 vista o consumo médio mensal, podendo ser suplementado em até 30% em cima do consumo médio, não falando de valor
571 financeiro e sim de unidade farmacêutica de medicamento, além da margem de acréscimo gerada pelo sistema de 20%, o que
572 dá um aumento em quantidade de 50% acima do consumo médio que é informado de forma automática no SIGAF; - Para itens
573 que sofreram irregularidade no abastecimento nos últimos 6 meses, as justificativas de acréscimo deverão ser apresentadas no
574 campo "Justificativa" no SIGAF. Apresentou a situação de estoque de medicamentos (Farmácia Básica/Saúde Mental) - Quanto
575 ao Status de Aquisição: 49 itens em estoque - 42 itens com estoque superior a 30 dias, 34 itens – aguardando entrega pelo
576 fornecedor. - Quanto ao Status de Licitação: 50 itens com Registro de Preço ativo, 3 itens sem estoque e com dificuldades na
577 efetivação do Registro de Preço (Ciprofloxacino 500mg, Metronidazol 4mg/ml, Metildopa 250mg). **Stela Souza** pediu a palavra
578 para relatar que o GT discutiu e chegou a um consenso de que essa seria a melhor forma de pagamento, inclusive na reunião
579 passada da CIB foi proposto concentrar em determinados medicamentos, mas depois se percebeu que não daria certo, houve
580 uma recusa no mesmo momento e ficou decidido pelo consumo médio de cada município, então a DASF vai fazer esse
581 levantamento e vai solicitar. Enfatizou que existem três faltas graves de medicamentos que não se pode contar com eles, dos
582 sessenta e quatro itens sendo que um é tira, então na verdade são sessenta itens para pedir a partir do quarto trimestre, mais
583 exatamente do dia 15 de setembro. Lembrou ainda que alguns medicamentos que estiveram em falta o ano inteiro, o ano
584 passado todo, o ano retrasado todo e que agora tem em estoque, então o município pode ter uma necessidade de um
585 determinado item, maior que seu consumo médio, aí ele vai ter que justificar esses itens já que ficou acordado que haveria uma
586 justificativa à parte para poder acrescentar os 30%, e ainda tem o caso de Salvador, quando chega na CEFARBA leva tudo.
587 Considerou uma proposta viável, o GT concordou, estava composto por vários secretários, de saúde, um farmacêutico
588 representando o município de Salvador e a própria SESAB. Argumentou saber os valores de saldo de todos os municípios
589 porque é só olhar no SIGAF para os gestores, as apoiadoras do COSEMS já começaram a transmitir no individual para cada
590 uma qual o saldo de 2015 e de 2016. **Daniela Vitor** informou que após a formalização da pactuação será encaminhado
591 um email para todos os farmacêuticos dos municípios que estão no SIGAF informando qual o saldo de cada um e
592 **Stela Souza** acrescentou que não menosprezando o farmacêutico, o COSEMS também quer informar aos secretários
593 porque o gestor também precisa saber, assim o COSEMS se encarregou de informar para os gestores. **Em seguida colocou**
594 **em aprovação essa proposta e foi aprovada à unanimidade. Daniela Vitor** prosseguiu com a apresentação em slides,
595 mostrando a Portaria GM/MS nº 2.001/2017 (DOU de 15/08/2017) que altera o Inciso I, § 2º e § 3º do Art 3º da Portaria GM/MS
596 nº 1.555/2013 que estava em vigor até então e continua em vigor porque foi alterada parcialmente por conta do fechamento
597 das farmácias populares e o Ministério fez as seguintes alterações: - Valor da Contrapartida Federal: de R\$ 5,10 para R\$ 5,58
598 (um aumento de 9,4%); - População de referência para cálculo de alocação de recursos de contrapartidas federal, estadual e
599 municipal: de IBGE 2011 para IBGE 2016. A Portaria diz ainda que municípios com redução populacional nos termos do IBGE
600 2016 em relação à população estimada nos termos do IBGE 2009, deve ser considerado a estimativa do IBGE 2009.
601 Comentou que infelizmente o Ministério não considerou também a possibilidade de usar o IBGE 2011, por isso está sendo
602 escrito um ofício para o Ministério, inclusive sugeriu que o COSEMS participe dessa ação pressionando o Ministério para
603 alterar a Portaria porque nessa situação treze municípios perdem renda, uns muito pouco, outros de forma muito significativa.
604 **Stela Souza** questionou se o município perde por causa da população, lembrando que a prática sempre foi não retirar, manter
605 o que está e aumentar para os outros que aumentaram a população e **Daniela Vitor** esclareceu que era exatamente isso e que
606 o Ministério não procedeu dessa forma talvez por um erro, mas que a DASF irá cobrar. Em seguida mostrou um slide que
607 mostra a mudança nos valores porque ao mexer na base populacional, então não mexe só na contrapartida federal, mexe na
608 estadual e municipal também. Esse slide mostra a mudança do valor de contrapartida federal e o referencial populacional, onde
609 se percebe que até este ano era um valor e que a partir da vigência da Portaria o valor será alterado. Em 2018 esse acréscimo
610 é um pouco maior porque considerarão os dois semestres e este ano vai ser considerado apenas o segundo semestre e este
611 ano já tem mudança de orçamento, então os municípios têm que fazer alteração nos seus orçamentos a partir de agosto para
612 adequar o valor de contrapartida tanto federal quanto municipal. Mostrou os gráficos demonstrando que a maior parcela, cerca
613 de 70% do recurso para medicamentos da atenção básica, continua sob o gerenciamento dos municípios, então só 30%
614 ficarão com o gerenciamento do estado. Em seguida mostrou a redução de orçamento dos municípios, onde o mínimo foi de
615 dois habitantes e o máximo de três mil duzentos e quarenta e oito habitantes, um total de recurso reduzido em oitenta e quatro
616 mil reais e mostrou também a lista de municípios atingidos. Finalizou a apresentação ressaltando que este é um problema que
617 precisa ser tratado, já está sendo encaminhado e novamente sugeriu que o COSEMS participasse dessa tratativa com o
618 Ministério porque é um problema sério e talvez tenha sido um erro de escrita ou desatenção, assim torna-se necessário pactuar
619 os valores para que possam passar a ser executados e fazer a alteração no SIGAF. **Stela Souza** colocou que tinham algumas
620 solicitações para fazer, mas achou que todos estavam acompanhando e questionou se alguém tinha alguma dúvida. Ponderou
621 que iria colocar algo extremamente importante e pediu para que colocassem a apresentação na parte sobre o recurso Federal
622 e Estadual, pedindo a atenção de todos e explicando que houve um aumento no valor. Solicitou para alguém corrigi-la se ela
623 estivesse errada e declarou que haviam sessenta e quatro mil e passou para setenta mil, de dez mil passou para doze mil que
624 era o aumento que saiu de 5.10 para 5.48. Falou que estava faltando algo se saiu de R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) para
625 R\$ 5,58 (cinco reais e cinquenta e oito centavos) na sua pactuação, sendo a diferença de repasse federal que seria para o
626 Fundo Municipal de Saúde ou para o Fundo Estadual. Lembrou-se de uma provocação que fez no grupo de trabalho e
627 perguntou ao Sr. Péricles se este concordava, e afirmou que já tinham feito a discussão, então metade pelo menos colocado
628 que (50% Governo federal) (25% Estado) (25% Município), que não é 25% e sim, mais ou menos 60% ou 70%. Concordeu
629 então naquele momento que houve um aumento do repasse Federal, mas naquela soma não apareceu o aumento do repasse
630 Estadual. Explicou que o repasse vai para o estado e **Daniela Vitor** questionou que o valor era total da execução. **Stela Souza**

631 não concordou, falando que a execução da conta não deu um aumento para o Estado e questionou se este passou os 50% de
632 R\$ 5.58 para o município. **Daniela Vitor** esclareceu que a contrapartida de alteração de população foi considerada e **Stela**
633 **Souza** questionou que população era para todo mundo, mas que estava falando de valores. **Daniela Vitor** esclareceu que na
634 contrapartida Federal que o Estado gerenciou o aumento dois milhões e fração, que ao invés de executar quarenta e cinco
635 milhões no próximo ano, iriam executar quarenta e nove, praticamente, essa seria a alteração. **Stela Souza** questionou se é
636 alteração de população falando do aumento do valor da contribuição da contra partida Estadual, **Daniela Vitor** respondeu que a
637 maioria do reforço de contra partida federal foi para os municípios, que a realidade da Bahia é que a maioria dos municípios
638 gerencia o recurso federal, então o aumento de contra partida federal o Estado gerenciou e receberam cerca de dois milhões
639 e fração e mencionou que não foi um aumento significativo dizendo que esse vai para o município. **Stela** não concordou, falou
640 que houve um aumento da população e não aumento da contra partida em termos unitários habitantes per capita. **Marta**
641 **Rejane**, Diretora da Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, pediu licença e explicou que entendeu a fala de
642 Stela Souza e relatou que o Ministério deu um aumento de (0,48) quarenta e oito centavos per capita que é por habitantes, o
643 Estado teria que dar (0,12) doze centavos e o município (0,12) doze centavos porque o Ministério aporta 50%, o Estado 25% e
644 o município 25%. Então referiu que os municípios vão ter que aportar (0,12) doze centavos por habitantes, e o Estado vai ter
645 que aportar (0,12) doze centavos por habitantes no ano. **Daniela Vitor** explicou que a portaria publicada pelo Ministério da
646 Saúde, não alterou as contrapartidas, nem do município nem do estado, a portaria publicada em agosto apenas alterou a
647 contrapartida federal para adequar a situação de fechamento das farmácias populares, o raciocínio que ela fez não é o que foi
648 publicado em portaria. **Stela Souza** esclareceu que a pactuação da contrapartida estadual que foi feita pela Comissão
649 Intergestores Bipartite – CIB, não retirou e nem prejudicou a discussão, aprovou e publicou se não conseguiram executar, mas
650 pontuou que vão trazer na próxima (CIB) uma contraproposta ao Estado para chegar aos (0,12) doze centavos per capita de
651 aumento na contrapartida. **Daniela Vitor** falou que ficou no grupo de trabalho que os cinco municípios que tem um saldo
652 maior para executar, enviariam as planilhas e os municípios foram contactados e referiu que já estavam trabalhando. Informou
653 ainda que os demais municípios precisarão enviar uma programação e uma previsão de como usarão esses saldos nos
654 próximos cinco semestres. E até o dia vinte e cinco, será mandado um email informando o saldo de cada um, com uma planilha
655 que foi preenchida para suportar a programação de aquisição, para não ter furos na aquisição. **Assim, os municípios terão**
656 **até dia vinte para mandar a cirurgia eletiva e até dia vinte e cinco para mandar a programação do uso do saldo de 2015**
657 **e 2016.** **Stela Souza** agradeceu a Daniela e deu seguimento a pauta com Ana Paula Andrade. **Ana Paula Andrade** falou sobre
658 o item **solicitação de comando único para município de (Queimadas, Filadélfia, Jaguarari, Itiúba, Ibiassucê, Jaguagura,**
659 **Maracás e Nova Soure.** Pediu para os municípios que aderiram ao comando, cobrarem as principais funções de clínica
660 cirúrgica e obstétrica de forma a serem cumpridas, e ficarem atentos a situação. **Stela Souza** colocou que procurou um
661 documento de dois municípios que comentaram do comando do mesmo período de Jaguaguara, e perguntou se tinha
662 alguém com pendência de solicitação de comando que não estava na lista dos municípios da mesma região que foram
663 aprovados na mesma CIB, tendo acordado aprovar os que haviam sido mencionados por Ana Paula. **Stela Souza** passou para
664 o ponto do retorno do recurso de Pojuca referente ao contrato da Maternidade Luis Laudano para gestão do município da
665 competência outubro e perguntou se Pojuca estava. **Ana Paula Andrade** falou que estava tudo certo e ressaltou que o Estado
666 fez uma alocação de quase noventa mil a mais do que efetivamente o município tinha no teto MAC, e quanto a esse valor, o
667 Estado estaria contratando ou credenciando cirurgias eletivas da maternidade, tendo o município ficado ciente de que ele teria
668 o retorno do valor que foi retirado do teto MAC dele, e possibilitaria o contrato firmado em 1º de outubro com o município e a
669 instituição. Relatou ainda que teriam uma agenda com o município e a instituição para a formalidade do contrato que já estaria
670 tudo certo. O valor que foi seria transferido para o teto de Pojuca seria de dois milhões trezentos e quarenta e nove mil setenta
671 e seis reais e sessenta e oito centavos (R\$ 2.349.076,68), que teria sido transferido na resolução anterior cento e noventa e
672 cinco mil. Falou de uma situação que deixou o município ciente na reunião que esteve com o prefeito, em relação ao valor de
673 dois milhões e trezentos. Esclareceu ainda que tinha o valor de incentivo filantrópico, que era da unidade, uma media de
674 seiscentos mil, referente ao Incentivo de Adesão a Contratualização – IAC da própria unidade, o qual não estava relacionado a
675 prestações de serviços e sim ao incentivo de custeio da unidade. **Erismendes Ferreira dos Santos**, Secretário de Saúde de
676 Pojuca, pediu para dizer que não era diretor e sim Secretário, citou a fala de Ana Paula Andrade do recurso do montante de
677 dois milhões trezentos e quarenta e nove mil setenta e seis reais e sessenta e oito centavos (R\$ 2.349.076,68), referindo que
678 seria o valor anual que retornaria, porque o valor mensal correspondia a cento e noventa e cinco mil, tendo sido foi retirado da
679 CIB ano passado um montante de noventa mil apenas, que foi retirado para o teto do município, mas era para realizar alguns
680 procedimentos de internações de clínicas medicas, ficando cirurgia, obstetrícia e pediatria no contrato da maternidade.
681 **Erismendes Ferreira** achou que entendeu errado e questiona a parte que **Ana Paula Andrade** falou que o estado ficou com
682 noventa mil. **Ana Paula Andrade** explicou que noventa mil foi referente ao contrato que tinha a maior do que o município
683 estava recebendo, e deixou claro para a instituição que o recurso que foi transferido não é 100% do contrato, o recurso de
684 oitenta e oito mil, quase noventa mil, ele foi a menor para o município porque o recurso foi um aporte financeiro que o Estado
685 fez no contrato com a unidade, no remanejamento do teto, o Estado não tinha nenhum dispositivo legal para remanejar do teto
686 do Estado para o teto do Município um valor superior que ele tinha pactuado na Programação Pactuada Integrada – PPI.
687 Assim, junto ao prefeito, eles se dispuseram para não ter prejuízo e redução do contrato, no retorno da contratualização por
688 parte do município, que o Estado poderia sem nenhum problema continuar contratualizando as cirurgias eletivas, que foi um
689 dispositivo legal, ajudou no suporte financeiro e não teria redução no contrato. Referiu que teria o contrato de cirurgias
690 obstétricas, clínicas cirúrgicas, obstetrícia, clínica médica e pediatria, o qual ficou com o município e as cirurgias eletivas que
691 por ventura tivessem capacidade e fizessem, o estado daria a ordem para a contratualização do mesmo valor e não teria uma
692 redução do contrato. Ana Paula Souza, perguntou se o Secretário entendeu. **Erismendes Ferreira** referiu que entendeu que o
693 Estado contratou o filantrópico do município. **Ana Paula Andrade** esclareceu que o Estado contrataria para cirurgias eletivas
694 desde que tivesse a capacidade instalada, que ofertaria com o objetivo de não reduzir o contrato. Pontuou que o município
695 permaneceria com o contrato de cento e noventa mil, mais o valor da diferença que dispõe no teto dele e o estado se proporia
696 a fazer a compensação, assim, o município traria de volta para o teto um valor de cento e noventa e cinco mil por mês, o
697 contrato da SESAB com o prestador estava na ordem de mais de duzentos e trinta mil, então o município não teria esse valor

698 no seu teto, então eles propuseram junto ao prefeito que se houvesse a capacidade instalada, fizessem a contratualização e
699 não houvesse prejuízo no valor do contrato que foi também com prestação de serviços, também entrou no sistema lista única,
700 que foi o credenciamento rodado. **Eris Mendes Ferreira** entendeu e perguntou sobre as auditorias das cirurgias eletivas se
701 ficou a cargo do estado ou do município. **Ana Paula Andrade** respondeu que as auditorias ficaram com o município e que todo
702 processo de autorização é feito por parte deste, e mesmo os municípios que não têm o comando é o gestor local quem faz o
703 processo autorizativo das Autorizações de Internação Hospitalares – AIH. **Stela Souza** falou que o município estava assumindo
704 o contrato do prestador, sendo comando único, e pontua que é quem aceita ou não que o Estado tivesse um contrato de
705 cirurgias letivas dentro da unidade, pois o mesmo não poderia invadir o município porque este tem contrato. **Ana Paula**
706 **Andrade** não concordou e explicou que o credenciamento público é aberto, tinham que chamar a Procuradoria Geral do
707 Estado – PGE, e não seria uma invasão e sim uma necessidade assistencial, pois se tratava de abrir um credenciamento e não
708 poderia escolher, nem definir quem participa ou não. **Stela Souza** questionou dando um exemplo no caso d um município com
709 comando único que tem prestador se o Estado só vai contratar dentro do município se ele autorizar. **Ana Paula Andrade**
710 relatou que não é esse o entendimento que a Procuradoria Geral do Estado – PGE tem, e sim que para aplicação do recurso
711 público, o Estado vai abrir a maior concorrência possível e que Stela Souza, Secretária Municipal de Saúde não poderia retirar
712 a concorrência colocando barreiras, e referiu que foi uma discussão que já tiveram com vários dissensos na situação, a
713 Procuradoria Geral do Estado – PGE não aceitou que Stela Souza colocasse condições de não participação sobre a alegação
714 de possuir ou não a habilitação do Ministério. Quanto ao caso específico de Pojuca que eles colocaram para o município foi
715 apenas com o objetivo de não reduzir e não ter impacto no contrato, o Estado adoraria se eles não tivessem que contratar a
716 cirurgia eletiva lá, que são noventa mil a menos que eles iam ter que gastar, não colocou como condição e sim possibilidade
717 para o município não ter problema. **Raul Molina** informou que havia conversado com seu colega Secretário e ajudou,
718 explicando que quando falou auditoria, não foi porque ele regulava já que era comando único, mas que quando eles colocaram
719 que todos os hospitais que tinham credenciamento eles já tinham acesso às cirurgias eletivas, particularmente o hospital ficava
720 conhecido como uma instituição com uma capacidade instalada até acima dos limites das coisas, ele entrou na regra de todos
721 eles. **Eris Mendes Ferreira** concluiu que o pessoal que estava na reunião pela manhã viu que estava difícil acertar as coisas
722 em Pojuca, que o problema não estava ou estava com ele, ou seria melhor ele ir embora de Pojuca, que tudo poderia se
723 resolver em Pojuca, mas nada resolveria. Ressaltou da sua apresentação que fez no período da manhã, falando do provérbio
724 Chinês e lembrou-se do senhor que tinha dado uma aula no dia anterior para ele, que qualquer um pode navegar enquanto o
725 mar está calmo. Pontuou que o Estado queria que o filantrópico contratasse cirurgias eletivas ou recursos, que as coisas
726 estariam todas divididas, que era uma coisa sem muita lógica, que ele não compreendia, expressou que prestou muita atenção
727 nas situações colocadas por Ana Paula, que ele não discordava, mas reparou que tinha uma dificuldade por ter muita política
728 envolvida e as coisas da saúde dava um trabalho para caminhar. Ele soube que o Prefeito falou com Ana Paula e com um
729 assessor de um Deputado para ajudar a agilizar as coisas, e ele referiu que pensou que apenas o trabalho que desenvolvesse
730 como Secretário fosse suficiente, mas acreditava que alguns municípios que estavam conseguindo o comando único, ele
731 achou que não precisavam os Prefeitos ir à SUREGS falarem com Ana Paula, pediu perdão se ele estivesse errado, mas era a
732 forma dele pensar, que o COSEMS existe para dar apoio, pleitear e conseguir as coisas lógicas, que em Pojuca as coisas
733 estavam meio degringoladas parecendo que é muito dinheiro que se tem e precisa ser diluído até chegar ao final, para
734 poderem trabalhar com o dinheiro, embora ele não achasse que fosse tanto que não ganharia. Argumentou que colocou na sua
735 apresentação que eles tinham pleno interesse em fazer a contratação do filantrópico para prestação do serviço dentro de
736 município, no mesmo molde que o Estado fez, mas a dor de cabeça ficou com eles, sendo que era uma questão do município,
737 como Stela e Raul Molina falaram, pois eles tinham quer ter autonomia para fazer e dizer às condições que eles queriam
738 contratar quem quisesse prestar serviços a ele. Assim questionou, se todo mundo perguntaria quem era o certo, o prestador
739 quem escolheu ou o secretário de saúde? Questionou se eles eram ou não autoridade no município e se teriam ficado para
740 traz. Ele achou que iam sair da reunião com uma aprovação e depois iam receber um dinheiro fatiado que não entendia como,
741 mas depois explicava como estava e esperava que estivesse como tinha pleiteado pela manhã, pois se retiram o dinheiro em
742 2013, tinham que voltar para o teto do município. E pontuou que já não dava para fazer o que eles fizeram em 2013, pois
743 estavam em 2017 com outra população, observando que a deles não diminuiu como nos treze municípios que aparecia, referiu
744 que a população aumentou e continuará aumentando, porque eles apresentavam serviços mesmo não estando lá e arrematou
745 dizendo que ele só pleiteou pela manhã o recurso, e que o pessoal só estava vendo que pela história parecia que o dinheiro só
746 diminuiria apesar da população aumentar. **Ana Paula Andrade** reforçou ressaltando que o Secretário falou que o mesmo
747 dinheiro que foi tirado em 2013 deveria ser devolvido, e repetiu mais uma vez que de lá para cá o Estado fez um incremento no
748 contrato, o qual não poderia ir junto, e o pleito do Secretário era correto porque eles estavam pedindo o dinheiro que foi
749 retirado, e pontuou que foi devolvido cada centavo do que foi retirado do teto MAC (PPI) de Pojuca. Porém, o que ela sinalizou
750 para o Secretário e para o Prefeito foi que o valor a mais que o Estado pagava do que retirou do teto de Pojuca, o Estado não
751 tinha como repassar, e se o município entendesse que não tinha necessidade de que o Estado fizesse uma contratualização
752 complementar ao valor que o município vai fazer, para o Estado não terá problema, pois isso só poderia se dar através de um
753 contrato de cirurgias eletivas e teriam outros municípios para investirem como eles faziam em Cruz Das Almas, Sapeaçu e São
754 Felix, que tinham comando único. Pontuou que na Santa Casa de São Felix, que o Estado contratava, não existia nenhum
755 interesse político no processo, o interesse era assistencial, chamado equilíbrio econômico financeiro, o fato de o município ter
756 ou não comando único não impossibilita nenhum prestador aderir ao credenciamento. Mencionou que em Salvador têm várias
757 clínicas, vários hospitais que aderiram ao credenciamento do Estado e também tinha adesão com o contrato do Município, e
758 referiu que isso se chama base legal e infelizmente ela anda a esse favor em alguns momentos, inclusive ela prejudica nesse
759 processo. **Eris Mendes Ferreira** concordou e falou que ficou claro e gravado que o recurso que foi retirado em 2013 vai voltar
760 integralmente, pediu desculpas se ele falou algo que não entendeu principalmente a Ana Paula, e agradeceu. **Vera Gardênia**,
761 Secretária Municipal de Saúde de Ibiassucê, saldou a todos e comentou que foram contemplados com o comando único e
762 ressaltou que o município dela não foi a Ana Paula por nenhum deputado, que eles faziam parte de uma região fortalecida, que
763 estava ali só para agradecer a sua região, o COSEMS e o apoio que eles tiveram de Carol, e a apoiadora do COSEMS
764 também (Neném). E que acreditava que eles enquanto região estava ampliando as forças, que eram sete municípios com

765 comando único lá em Guanambi, dos vinte e dois, e as intenções deles com o comando único eram oferecer aos municípios
766 tudo que eles já vinham oferecendo, só que agora com o comando do município, agradeceu e relatou que os municípios tinham
767 que ampliar as forças porque infelizmente eles tinham que seguir aquele caminho principalmente nas questões dos hospitais
768 pequenos, tinha sido cada vez mais complicado para eles com relação às glosas, mas iam superar. **Cassio Garcia** parabeniza
769 Vera Gardênia e pediu para pular o ponto de pauta sobre Glaucoma e colocar na próxima CIB de dezoito de outubro e passar
770 ao ponto da DAE/SAIS sobre a aprovação da resolução CIB do termo de funcionamento da UPA 24 horas do município Monte
771 Santo, ao que todos concordaram. **Alcina Romero** relatou que tinha que cumprir o processo cartorial do Ministério da Saúde a
772 partir de janeiro, de que todo início de funcionamento das UPAS, para que fossem habilitadas era preciso uma aprovação da
773 CIB quanto ao tipo da UPA. Quanto a UPA de Monte Santo eles aprovaram na CIR e mandaram o termo de compromisso de
774 funcionamento, ressaltou qual era o tipo dele, que eram de quatro médicos. A mesma citou que queria fazer uma proposta para
775 Cassio e Stela, relatando a questão do processo cartorial de UPA, deles tentarem fazer de forma mais ágil, deu como exemplo
776 que eles estavam com Ipirá, e já estava funcionando, mas a secretária esteve com eles e não sabia da nova legislação, se
777 fosse seguir a ordem, eles iam ter que esperar a próxima CIR deles e depois esperar remeter para área técnica e remeter para
778 CIB, que era uma coisa altamente cartorial e não demandava nem passar na CIR, era só do município, porque a UPA era
779 municipal, para a CIB. Assim questionou se eles não poderiam agilizar, por meio de uma pactuação dos termos em ad
780 referendum. **Stela Souza** comentou que não via nada contra, porque eles do COSEMS trabalhavam na lógica de não
781 prejudicar município, como eles já tinham feito nas emendas parlamentares e outros casos. Chamou a atenção de Ivonildo e
782 Odilon para escutarem e depois esclarecerem, o que estava sendo proposto por Alcina Romero sobre a questão de pactuação,
783 se a UPA estava funcionando, se a área técnica vai lá ver se estava tudo funcionando direito, tinha que esperar passar na CIR
784 para pedir custeio para UPA e esperar uma CIB para aprovar, ou seja, município ficava dois ou três meses, fora o que estava
785 custeado, porque quando se fazia a visita para habilitar tinha que está funcionando 100%. **Assim, a proposta era que se**
786 **tivesse tudo pronto, publicasse em ad referendum e iam homologar na próxima CIB.** Stela Souza questionou para que
787 recomendação da CIR, e perguntou se CIR pagava custeio da UPA da região, e explicou que a UPA foi aprovada para
788 construir, e pediu para todos entenderem a lógica, que a UPA do município Monte Santo para ser construída, ela teve que ser
789 aprovada, e perguntou o que mais tinha para aprovar, se a UPA já existia e veio recurso para financiar porque ela foi aprovada
790 nas instâncias colegiadas. **Sibelle Nascimento da Silva**, Secretária de Saúde de Lajedo do Tabocal explicou falando que Tipo
791 dela era Porte um, mas que poderia ter mais de um médico, que foi a partir de janeiro só cartorial, para saber quantos médicos
792 a UPA teria, que eles iam ver se estava funcionando e todo o conjunto como se fosse um cheque liste. E esclareceu que quem
793 faz o cheque liste do município é o Ministério, ele vem visitar, mas precede que vá pelo SAIPS, a aprovação da CIB era um
794 processo demorado que o município ficava bancando um pouco mais de tempo o custeio que é alto para eles. **Stela Souza**
795 **concordou com os demais membros e aprovou.** Dando seguimento, passou ao ponto: 4. GASEC - APG/COPRI: 4.1
796 Manutenção da OSID sobre Gestão do estado por mais 1 ano, retroativo ao mês de maio. Sendo referido por Stela Souza que
797 foi aprovado por Salvador, nos pontos do COSEMS foi encaminhado para área técnica da SESAB a questão do município de
798 Pojuca, anulação de resolução que não tinha como, que eles já estavam cientes e também a devolução de recurso que foi
799 discutido e o retorno do recurso do comando único da gestão da unidade que já foi discutido e pactuado. **Stela Souza** colocou
800 que no que ocorresse perguntou se tinha alguém da DAB e como não tinha, referiu que Lajedo do Tabocal colocou o
801 credenciamento do NASF e da equipe de saúde bucal deles, que foi aprovado na CIR no mesmo dia que Jaguaquara e pediu
802 para a secretária Sibelle colocar. **Sibelle Nascimento** saldou a todos informando que ela tinha feito a apresentação do NASF
803 Tipo I e da equipe de saúde bucal no dia vinte e um de julho que foi a apresentação junto com as meninas (Maracás e
804 Jaguaquara) do comando único no mesmo dia, e a pauta delas vieram para reunião de hoje e Lajedo não veio, ela passou para
805 Stela, entrou em contato com Marisa também, que ficou de ver e dar um retorno. **Stela Souza** citou que poderia fazer um
806 encaminhamento para Ivonildo, que se fosse possível, a DAB, área técnica verificasse a questão, toda documentação, todo
807 fluxo do NASF Tipo I e a equipe de Saúde bucal de Lajedo do Tabocal e publicasse a Resolução ad referendum e
808 homologasse na próxima CIB para não perder tempo e perguntou se era possível. **Nanci Salles** registrou que muitas vezes
809 recebem documentação e vinham com composição pendente, em carga horária de profissional ou total da carga horária
810 faltando, e que não iria responder que poderia ser seu caso, ou realmente chegou após o fechamento da pauta, e pediu
811 apenas que só publicassem a resolução mediante a checagem da documentação correta e enviada pela CIR porque não iria
812 mais para DAB e reforçou que a documentação é avaliada pelo apoiador da atenção básica da base, o núcleo faz o parecer e
813 aprova na CIR, que era esse o fluxo que se dava para entrar na pauta da CIB. Então chegando à documentação completa
814 publicavam a resolução. **Ivonildo Dourado** mencionou que o encaminhamento que Stela dava era correto, para não prejudicar
815 em termo de prazo o próprio município, então se houver alguma pendência em documentação, composição de equipe ou em
816 carga horária o município será contactado para solucionar e após solucionar fica também decidido que a resolução poderá
817 publicada. Além disso, como ele tinha conversado com Nanci Salles anteriormente e achava que não havia mais o que ocorrer,
818 também houve um problema na região de Feira de Santana, que não entrou na pauta do NASF Tipo I do município de Gavião
819 e ele queria pontuar a mesma situação do município de Lajedo, a situação do município de Gavião no aspecto de ficarem
820 condicionados a área técnica a questão da composição, da carga horária e todo o processo da legitimidade da pactuação.
821 **Stela Souza** complementou que tinha o NASF Tipo I de Serrinha, para ficar registrado em Ata também, que foi manifestado ali,
822 e estando toda documentação correta será aprovado ad referendum, relatou que na verdade não tinha o que ocorrer mesmo,
823 mas acontecem algumas situações e termina colocando. **Odilon Rocha** comunicou que quando fizeram a rede de urgência e
824 emergência o município de São Felix dentro do projeto teve a ampliação da sua rede de UTI de cinco leitos e o ministério
825 estava exigindo para complementação de uma emenda que saiu, uma resolução da CIB dizendo que estava dentro do projeto
826 de ampliação da rede a questão da ampliação dos leitos de UTI. **Ivonildo Dourado** expressou que para pontuar e registrar, as
827 questões que tratavam de emendas parlamentares necessariamente tinham que ser discutidas no âmbito da CIR e no âmbito
828 do conselho municipal de saúde, então o encaminhamento que ele colocou era que a fala de Odilon estava condicionada a
829 exemplo das demais que eles aprovassem a apreciação da CIR e do conselho municipal de saúde para que a resolução fosse
830 validada. **Stela Souza** explicou que a rede já estava aprovada e tinha o plano da rede. **Ivonildo Dourado** exemplificou e
831 esclareceu que eles aprovaram na CIB para não prejudicar os municípios, até na questão do cadastramento de proposta com a

832 inclusão de resolução de documentos que essas resoluções seriam aprovadas ad referendum, mas para ser apreciado lá na
833 frente esse ad referendum e virar resolução normal sem ad referendum faz-se necessário ouvir a discussão do conselho
834 municipal de saúde para referendar ela na CIB subsequente e citou que Nanci poderia até colaborar, que era o que estava
835 sendo compactuado. **Stela Souza** questionou dizendo que quando eles aprovavam ad referendum não fazia uma resolução
836 sem ser ad referendum , que ela virava ad referendum ad eterno que só fazia homologar, o que estava sendo colocado no
837 caso do NASF, das equipes de saúde bucal tem um trâmite de documentação que fica na CIB, que a área técnica faz a
838 avaliação via o apoiador da DAB. E no caso do leito de UTI estava no plano que já tinha sido aprovado que eles não estavam
839 ali colocando leito novo, que existia no plano um dia para colocar, e que no momento tinha condições de pedir a habilitação e
840 comprar equipamentos, ressaltou da aprovação do pleito que tinha resolução CIB da aprovação do plano. **Nanci Salles**
841 esclareceu que a resolução ad referendum deve nas reuniões subsequentes passar pela CIB, como eram mostradas no início
842 das reuniões as resoluções ad referendum para ratificação, e no caso das de emendas parlamentar, eles só ratificariam
843 mediante o envio da ata do conselho e do formulário IV da CIR, foi o que a CIB pactuou quando discutiu a emenda
844 parlamentar. Colocou que caso a CIB quisesse mudar a regra do jogo e abrir todas as resoluções de emenda parlamentar,
845 seriam aprovadas em ad referendum e não haveria mais a necessidade de aprovar em conselhos, nem nas CIR, reiterou que
846 era uma regra do jogo, que foi aprovada na CIB lá atrás a resolução de ad referendum sair e ser ratificado o registro na
847 próxima reunião mediante vinculação a aprovação do conselho municipal de saúde, através de ata e de formulário IV da CIR.
848 Ivonildo Dourado esclareceu que ninguém estava discutindo a questão do plano, que eles estavam aprovando o ad
849 referendum, como tinha sido feito em todas as Resoluções que tinham sido sobre emenda parlamentar e apresentado a essa
850 comissão, e a CIB tinha pactuado, que na reunião subsequente para ser ratificada haveria a necessidade de trazer ou
851 apresentar a mesma a aprovação do conselho e da CIR, mas que ali eles já aprovavam e era rotina o que estava colocando, o
852 rito, que estava aprovada, mas na próxima para ser ratificada o município não só São Félix, mas qualquer outro, eles atendem
853 que a própria resolução diz isso, pediu para observar que todas as Resoluções ad referendum de emenda parlamentar, seja
854 ela de equipamento, incremento, seja ela de construção ou investimento, ela diz que há necessidade da aprovação do
855 Conselho Municipal de Saúde para ser ratificada, pronto era isso que ele estava colocando, que ninguém estava falando para
856 não aprovar, que era para aprovar e lá na frente ratificar na própria CIB , reiterou o fluxo. Em seguida, a Senhora
857 Coordenadora Adjunta agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a próxima reunião para o dia
858 18 de outubro de 2017, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar após a correção do registro da Ata, o qual foi feito pelo
859 núcleo administrativo, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada
860 pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 12 de setembro de 2017.

861
862 Stela dos Santos Souza _____
863 Suplente: Hassan Iossef _____
864 Ivonildo Dourado Bastos _____
865 Suplente: Alexandro dos Santos Miranda _____
866 Cássio André Garcia: _____
867 Suplente: Maria Alcina Romero Bouillosa _____
868 Ana Paula Dias de Santana Andrade _____
869 Rivia Mary de Barros _____
870 Maria Rosania de Souza Rabelo _____
871 Raul Moreira Molina Barrios _____
872 Suplente: Charles Pereira de Souza _____
873 Luciano Ferreira da Mota _____
874 Odilon Cunha Rocha _____