

Aos dezoito dias do mês de outubro 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, Ana Paula Dias de Santana Andrade, José Antônio Rodrigues Alves, Odilon Cunha Rocha e dos suplentes: Adil José Duarte Filho, Hassan Iossef, Alexandre dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Maria Rosânia de Souza Rabelo e Luiz Pinho Resende. Às 15 horas e 20 minutos, havendo número legal, **Stela Souza** declarou aberta a sessão colocando em aprovação as Atas das 250ª e 251ª Reuniões Ordinárias da CIB, encaminhadas por e-mail aos seus membros, que foram **aprovadas à unanimidade**. Na seqüência passou a palavra para **Nanci Salles** efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. Informes: **1.1 CES:** Realização de Conferências Macrorregionais e da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde, que terão como expositores os membros da Comissão Organizadora. **1.2 CES:** Realização de Oficinas de Educação Permanente, que terá como expositor o Conselheiro Márcio Souza. O Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde, **Arão Capinan**, cumprimentou a todos e trouxe uma mensagem do Presidente do CES, no sentido de sensibilizar os gestores a fim de viabilizarem a vinda dos segmentos de trabalhadores, gestores e usuários, para participarem da 1ª Conferência Estadual de Vigilância em Saúde, de 06 a 09 de novembro, informando que hospedagem, alimentação e traslado serão custeados para os participantes. Assim, solicitava a colaboração dos gestores para trazerem os delegados, pois sem eles não seria possível realizar propostas para a Política de Vigilância em Saúde. O Conselheiro **Márcio Costa**, representante do segmento de gestores e prestadores e também da UNEB, cumprimentou a todos, informando estar à frente da Coordenação de Educação Permanente para o controle social e relatou que, diante das demandas colocadas pelos próprios municípios, tinham conseguido organizar as oficinas junto com o Conselho Nacional de Saúde, iniciadas macrorregionalmente, tendo como critério de escolha das macrorregiões a solicitação de oficinas de capacitação e havia ficado da seguinte forma: 18/10 - Macrorregião Leste, em Salvador, na Faculdade Maurício de Nassau; 13 e 14/11- Macrorregião Centro Leste, em Feira de Santana; 16 e 17/11- Macrorregião Nordeste, em Alagoinhas; a quarta solicitante seria em Jacobina, mas o NRS tinha solicitado que acontecesse em fevereiro de 2018, sendo substituída, nos dias 05 e 06/12 - Macrorregião Sudoeste, em Vitória da Conquista; e 13 e 14/12 - Macrorregião Extremo Sul, em Teixeira de Freitas. Ressaltou que as oficinas de formação de conselheiros e multiplicadores têm suas vagas, não somente para conselheiros como também para líderes de movimentos e informou que as pré-inscrições seriam feitas pelo site, e posteriormente seria informado. E o objetivo é ter representantes de todos os municípios. Informou ainda que os mediadores são de um grupo ligado ao CNS, a estrutura é organizada em quatro módulos, começando com discussão sobre conceitos de saúde, financiamento, história da política de saúde, controle social e sobre como multiplicar. Ponderou que os conselheiros e membros de movimentos que fossem até estas oficinas estariam fazendo um pacto de multiplicação em seus municípios e em suas regiões, e finalizou informando que passaria toda a programação à CIB para divulgação, a fim de mobilizar todos os municípios. **Stela Souza** agradeceu pelas informações e colocou questionamentos de alguns gestores, preocupados quanto ao deslocamento de seus conselheiros para as macrorregiões e perguntou se não há uma proposta de pelo menos fazer por região de saúde, já que são vinte e oito. **Márcio Costa** esclareceu que estas não seriam as únicas oficinas, a proposta do CES é que aconteçam mensalmente até o final da atual gestão e considerou possível negociar por macrorregião para se conseguir fazer da melhor forma. Exemplificou com a escolha de Teixeira de Freitas porque, apesar de ter anunciado aqui, ainda não tinham fechado o local lá e em Feira de Santana já tinham fechado o local, mas podiam ir negociando para a cada vez que fosse surgindo, e não ficar centralizado nos pólos, por conta das dificuldades. Relatou que hoje mesmo, na oficina de Salvador, já seria discutido, porque seria feito por macrorregião, então chegaria o momento de voltar a ter na macrorregião leste e já seria em Santo Antônio de Jesus, cuja região tem hoje a grande baixa nos inscritos, tendo inscritos de São Miguel das Matas, de Santo Antônio de Jesus, de Jiquiriçá, que não tinham vindo por ser distante, dois dias. Então isso já estava sendo analisado, para fazerem depois uma discussão no sentido de concentrar nas regiões e combinarem para fazerem as próximas fora das sedes. Em Teixeira de Freitas já tinham proposto fazerem a seguinte em Porto Seguro ou Eunápolis. Em seguida **Nanci Salles** seguiu com a leitura dos Informes: **2. Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
162/2017	19/09/2017	Aprova ad referendum o credenciamento de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nos Municípios de Serrinha e Lajedo do Tabocal.
163/2017	19/09/2017	Aprova ad referendum alteração de composição das Equipes de NASF, modalidade III do Município de Gavião.
164/2017	22/09/2017	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA Genário Libório da Silva, do município de Ipirá, Porte I, com opção de custeio III.
170/2017	28/09/2017	Aprova ad referendum a transferência do recurso financeiro anual de média e alta complexidade, para assistência hospitalar, do Fundo Municipal de Saúde de Itabuna para o Fundo Estadual de Saúde da Bahia.
171/2017	30/09/2017	Aprova ad referendum a implantação do Centro Especializado em Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca (CEHASIC) do Estado da Bahia, no município de Salvador.
172/2017	04/10/2017	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da COMPETÊNCIA SETEMBRO/2017.
173/2017	06/10/2017	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA Lucas Evangelista, do município de Dias D'Ávila, Porte I, com opção de custeio IV.
175/2017	11/10/2017	Aprova ad referendum as Propostas nº 911352/17-007 e 911352/17-006 de convênio junto ao Ministério da Saúde para ampliação e reforma da Unidade Mista de Saúde Alípio Marques do município de Botuporã.

**Nanci Salles** chamou a atenção para a Resolução CIB nº 175/2017, que tinha sido indicada por parlamentar, e cabia avaliar se valia a pena rever a orientação de propostas de convênio, incluindo também a mesma orientação que se tem para emendas parlamentares, de aprovação em *ad referendum*, desde que tendo alguma recomendação da área técnica do Estado. Em

50  
51

seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados para Homologação: **1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO 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 I, com a seguinte composição: 02 Psicólogos (20h cada), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Assistente Social (30h), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando carga horária de 210 horas.	São Desidério	Barreiras
	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 120 horas.	Vereda	Teixeira de Freitas
	Alteração de composição da Equipe do NASF Tipo III, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Educador Físico (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Ginecologista (20h), totalizando carga horária de 80 horas.	Barra do Rocha	Jequié
	Alteração de composição da Equipe do NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Nutricionista (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Cristópolis	Barreiras
	Alteração de composição da Equipe do NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Medeiros Neto	Teixeira de Freitas
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Educador Físico (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (20h), 02 Fisioterapeutas (um de 20h e outro de 30h), 01 Psiquiatra (20h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Médico Veterinário (20h), totalizando carga horária de 230 horas.	Cotegipe	Barreiras
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Professor de Educação Física (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Presidente Dutra	Irecê
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Dr. Antenor Rodrigues Costa, na zona urbana.	Lajedo do Tabocal	Jequié
	Alteração de modalidade de ESB Tipo II para Tipo I, vinculada às ESF Nair Idite Poganski, Antônio Carlos Faedo e Egon Riffel.	Luís Eduardo Magalhães	Barreiras
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Antonio Santos Barreto.	Presidente Tancredo Neves	Santo Antônio de Jesus
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Major Flávio Batista Rezende.	Teolândia	Valença
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF, Modalidade I, vinculada à USF Dr. Toinho.	São Domingos	Serrinha

52  
53  
54

**1.2 Projeto de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar nos municípios de Remanso e Medeiros Neto – Aprovado.**

**2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação/credenciamento das unidades abaixo relacionadas: Aprovados.**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Mucuri	Hospital São José	2498804	13.838.479/0003-43	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Salvador	Hospital Geral do Estado	0004294	13.937.131/0001-41	Renovação da Habilitação do Centro de Referência em Assistência a Queimados em Alta Complexidade
Santo Antônio de Jesus	Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	6414702	13.937.131/0070-73	Centro de Referência em Assistência a Queimados em Alta Complexidade
Ilhéus	Hospital de Ilhéus	3906787	07.947.587/0001-90	02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II
Salvador	Hospital Ana Nery	0003875	02.466.144/0001-87	Renovação da Habilitação da Unidade Especializada em DRC com TRS/ Diálise com Hemodiálise e Diálise peritoneal Tipologia III, tipo IV – códigos 15.13 e 15.14
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	0003859	13.937.131./0053-72	Renovação da Habilitação da Unidade Especializada em DRC com TRS/ Diálise com Hemodiálise e Diálise peritoneal Tipologia III, tipo IV – códigos 15.13 e 15.14
Salvador	HUPES	0003816	15.180.714/0002-87	Renovação da Habilitação da Unidade Especializada em DRC com TRS/ Diálise com Hemodiálise e Diálise peritoneal Tipologia III, tipo IV – códigos 15.13 e 15.14
São Félix do Coribe	Policlínica Santa Maria	9269916	12.838.109/0007-77	Glaucoma

55  
56  
57

**Ivonildo Dourado**, Diretor de Convênios/FESBA, cumprimentou a todos e falou, com relação ao ponto de Glaucoma para São Félix do Coribe, ainda não tinha sido devidamente analisado pela DAE, portanto ainda sem um parecer. Assim, colocou como encaminhamento, não retornar para a próxima CIB e, desde quando não existissem inconsistências na análise da área técnica,

58 que fosse encaminhado para aprovação. Caso houvesse inconsistências, retornar para serem sanadas e posteriormente ser  
59 trazida para apreciação, até para ganhar tempo e não prejudicar a tramitação. **Stela Souza** lembrou que a prática é de  
60 encaminhar apenas para credenciamento após análise da área técnica, sendo sempre assim, não tinha porque mudar o fluxo,  
61 pois quando vem para a pauta, entende-se que já tem um parecer favorável da área técnica. Lembrou que existem seis  
62 serviços de glaucoma aguardando habilitação do Ministério da Saúde, com parecer favorável da área técnica da SESAB,  
63 aprovados em CIB, mas com essa nova metodologia do glaucoma o Ministério não está liberando nenhuma habilitação por  
64 enquanto. Aproveitando a Homologação, disse que o município de Itagi alegara ter encaminhado credenciamento de NASF e  
65 não constando na pauta. **Nanci Salles** esclareceu que ser um NASF aprovado mediante portaria, por conta da microcefalia, e  
66 já fora publicada anteriormente uma resolução *ad referendum*, mas na época tinham sido enviadas as resoluções e a  
67 numeração do INE dos municípios através de ofício ao Ministério da Saúde, com exceção de dois, um deles sendo Itagi.  
68 Portanto, a única coisa que faltava era informar ao Ministério esse INE, que na época tinha havido alguma dificuldade do gestor  
69 em conseguir cadastrar ou lançar no CNES e por isso ocorrera esse problema, mas bastava o gestor encaminhar essa  
70 informação para a CIB que seria enviado ofício ao Ministério informando, assim como fora feito com os outros e o Ministério  
71 regularizaria o repasse do NASF. **Stela Souza** comentou, em relação às resoluções *ad referendum*, a 175/2017, que aprova as  
72 propostas de convênio junto ao Ministério da Saúde, para ampliação e reforma da Unidade Mista de Saúde no município de  
73 Botuporã, lembrando que há uma resolução CIB de dezembro de 2015 que contempla emenda parlamentar, e essa coisa de  
74 convênio era nova. Então o município só tinha aquela data para inserir a resolução, senão perderia este convênio e não havia  
75 interesse em prejudicar nenhum município. Assim, trouxera hoje para homologação, mas sugeria que se republicasse a  
76 portaria de dezembro de 2015, que autoriza somente emendas parlamentares, e acrescentassem convênio também, para  
77 ficarem cobertos por uma resolução CIB e se poder fazer um *ad referendum*. **Ivonildo Dourado** ponderou que convênio é um  
78 instrumento um tanto quanto complicado e complexo, tanto na apresentação como na elaboração, execução e prestação de  
79 contas, então era preciso analisar o tipo de convênio, se abrange única e exclusivamente a população própria ou se um  
80 convênio que beneficiaria um serviço que tivesse uma abrangência de território, ou seja, com outros municípios. A seu ver,  
81 cabia uma discussão mais aprofundada, por ser vários instrumentos de convênios propostos no âmbito do município,  
82 ampliação de hospital, construção de policlínica, unidade de atenção especializada, de laboratório, etc., portanto, um processo  
83 um tanto quanto diferenciado e o seu encaminhamento sendo de discutir, aprofundar e, se fosse o caso, analisar  
84 individualmente os pleitos, estabelecendo essa lógica do prazo, porque é totalmente diferente de uma proposta que está sendo  
85 cadastrada fundo a fundo. **Stela Souza** argumentou que se fosse analisar caso a caso já acabava o *ad referendum*, então era  
86 melhor ficar pactuado aqui, até para os municípios saberem que não seria mais autorizado, porque na hora de publicar ficava o  
87 Coordenador e o Coordenador Adjunto se responsabilizando e, se não tivesse autorização dos membros da CIB, ela mesma,  
88 enquanto Coordenadora Adjunta, não assinaria mais. Assim precisava ficar claro para os municípios que, no caso de convênio,  
89 seriam analisados um por um e iriam para a pauta da CIB e colocou em discussão e aprovação pelos membros da CIB.  
90 **Ivonildo Dourado** citou um caso específico de um município em que o gestor, assumindo a gestão nova, com a proposta de  
91 convênio cadastrada para ampliação de leito hospitalar, o parecer de mérito já existindo, mas ao ser avaliada não existia a  
92 mínima necessidade de ampliar leitos na unidade hospitalar, nem no município. Se ficasse estabelecido um fluxo de aprovar a  
93 discussão de convênio sem passar necessariamente por uma CIR, nem se estabelecer no território a real necessidade de se  
94 conveniar, correriam o risco de colocar recursos escassos em serviços que efetivamente não funcionariam. No caso citado, o  
95 próprio município hoje reconhece e já ia para o Ministério da Saúde tentar mudar o objeto do que tinha sido cadastrado para a  
96 realidade atual da necessidade do município, lembrando que estava colocando isso tudo por conta das dificuldades existentes  
97 com relação aos convênios. **José Antônio Rodrigues**, SMS de Salvador, concordou com as colocações e que o Ministério da  
98 Saúde está sendo bastante crítico na instalação desses serviços, fazendo cálculo populacional, estabelecendo critérios,  
99 pedindo plano de regionalização, não sabia se todos os municípios estão passando por isso, mas estava relatando apenas por  
100 causa de um pequeno município que havia lhe procurado porque não tinha conseguido falar com Stela Souza e ele havia  
101 passado isso para ela há alguns meses, tendo havido uma decisão para atender o pleito do pequeno município em *ad*  
102 *referendum*, pois tinha passado por todos os critérios e já tinha o serviço há muitos anos, com CNES, o DATASUS já tendo  
103 conhecimento e, mesmo assim, o Ministério da Saúde exigira para pagamento do convênio e isso em cima da hora. Ponderou  
104 que para quem tem uma estrutura como Salvador, que tem um departamento de convênios e que o estado que também tem  
105 isso, não era muito preocupante, por já terem uma desenvoltura em tratar disso, assim, falava em nome do pequeno município  
106 que de última hora recebe um aviso do Ministério da Saúde dizendo que tem que entregar a documentação em quarenta e oito  
107 horas, senão derruba o seu empenho - e derrubava mesmo. Então considerava precipitada a decisão e nesse caso específico  
108 do pequeno município, o mesmo tem pactuação e negociação com a CIR e isso fora desconsiderado pelo Ministério da Saúde,  
109 que tinha exigido a CIB. Assim, os pólos de microrregião estão todos muito confortáveis em exigir que isso faça parte de uma  
110 reunião, mas tem pequenos municípios que têm serviço, a exemplo de São Félix, que tivera um problema dessa natureza de  
111 última hora, tinha o empenho e tinha perdido por causa do CADIN, conseguindo re-empenhar e, ao re-empenhar, tinham  
112 exigido nova resolução CIB, e se não tivesse o *ad referendum* como seria? Por isso citara estes exemplos práticos do primeiro  
113 semestre desse ano. **Ivonildo Dourado**, aproveitando a argumentação do colega, colocou ser necessário se antecipar ao  
114 problema, o que não significava que devia se pactuar *ad referendum* ou estabelecer que, a partir de agora, todos os municípios  
115 que pleiteassem convênio tivessem a preocupação de seguir o fluxo já estabelecido para emenda parlamentar, aprovar no  
116 CES, aprovar na respectiva CIR e solicitar a resolução CIB. Esclareceu que no caso específico de Botuporã, estava na pauta  
117 porque se tratava de reforma, ou seja, o equipamento já existe, já funciona e precisando ser reformado, mas para discutir  
118 convênio de ampliação, instalação ou implantação de serviço, era perspicaz que se avaliasse a natureza do serviço, se seria  
119 eficiente, se atenderia às necessidades de um Plano de Regionalização, de um Plano Municipal de Saúde, das diretrizes  
120 postas no território e da necessidade sanitária do território ou se era apenas a vontade do gestor. Isso tudo tinha que estar  
121 claro, sendo assim, sugeria como encaminhamento, enquanto Estado, manter o processo como está, no caso específico de  
122 reforma, mas se tratando de ampliação, de determinados equipamentos - que muitas vezes ferem os critérios populacionais, de  
123 regionalização e de investimento da política do SUS - os municípios precisavam ser orientados, inclusive poderia ser publicada  
124 uma resolução, para evitar empecilho no meio da análise do convênio, sinalizando a necessidade de inserção de um

125 documento que não tivesse sido sinalizado no *check list* inicial da apresentação da proposta. **Odilon Rocha** lembrou que o *ad*  
126 *referendum* já é uma excepcionalidade e colocou sua preocupação, pois para os municípios de pequeno porte, que agora  
127 estão querendo fazer o enfrentamento que não tinham tido coragem antes, quando era para sensibilizar o congresso de que a  
128 distribuição dessas emendas não obedecia a quase critério nenhum e nem a própria CIT, nem o Conselho Nacional de Saúde,  
129 ninguém tinha se debruçado para fazer esse questionamento aos senhores deputados, e isso virava uma mercadoria de  
130 negociação de votos. Concordeu com Ivonildo Dourado sobre alguns financiamentos indecentes, mas que também tinha  
131 havido muitos financiamentos decentes e não só dos pequenos municípios, mas grandes municípios com seus serviços  
132 parados, terminando de uma maneira ou de outra, se privilegiando os municípios maiores que têm mais capacidade, nunca se  
133 privilegiando o pequeno município. Ponderou que esse enfrentamento não tinha que ser aqui, para não ter uma política  
134 diferente da emenda, cada estado tem sua política e lembrou que certa vez o próprio estado da Bahia entrara com um projeto  
135 para ficar com todas as emendas, porque tinha capacidade de comprar, para muitos municípios iguais ao seu tinham dado  
136 recurso e o estado tinha ficado com o dinheiro e não lhes dera nada. Sendo assim, o *ad referendum* deveria ser proibido para  
137 tudo e tinha *ad referendum* com três, quatro anos sendo atualizando. Considerou o *ad referendum* uma política indutora e ao  
138 se retirar esse instrumento importante estariam desqualificando os gestores maiores da Bahia e tirando uma política importante  
139 de indução de distribuição de riqueza. **Ivonildo Dourado** deixou claro que em momento nenhum o estado propusera a  
140 suspensão do *ad referendum*, o que estava colocando era por se tratar de convênio, um instrumento complexo, inclusive falava  
141 como diretor de convênio da SESAB, que tem acompanhado dia a dia os problemas oriundos de convênios, pelos diálogos que  
142 tem tido com os gestores municipais com relação à execução e prestação de contas de convênios, estava se colocando para  
143 respeitar as instâncias de pactuação, que começa pelo controle social, pelas comissões intergestoras regionais, quando se  
144 tratava de serviços de amplitude regional. Colocou com clareza que a proposta trata de uma reforma de um equipamento que  
145 já existe e precisando ser reformado para ser qualificado e dar uma melhor atenção à população, isso era fato, mas daí a  
146 aprovar um convênio de ampliação de leitos de um hospital com 15 a 20% de ocupação era um tanto quanto complicado  
147 aprovar um *ad referendum* 'no escuro', porque se estabelecia um prazo sem ter havido uma discussão prévia no território.  
148 Assim, em nome do estado, colocou que deveria ser publicada uma resolução CIB orientando os gestores municipais que  
149 pleiteassem convênios, independentemente de quaisquer aspectos, a se anteciparem a esse processo e providenciarem as  
150 discussões no território e já estarem com a resolução CIB em mãos como determina a discussão, mas não dava aprovar no  
151 escuro. Ponderou que as emendas parlamentares são um processo diferente e se precisasse ser revisto, tranquilo, mas o que  
152 o estado estava colocando não era eliminar o *ad referendum*, e sempre que houvesse exigüidade de tempo, cabia ao Estado e  
153 ao COSEMS analisarem o caso e pactuar. Reiterou que o estado propunha uma resolução CIB para que os municípios se  
154 antecipassem ao problema e pactuassem nas instâncias da região e na CIB a sua resolução, caso houvesse a exigência do  
155 Ministério. E se já existe essa resolução CIB, conforme colocado por José Antônio, que fosse solicitada sua republicação,  
156 tranquilo também, este era o encaminhamento, e se não houvesse como pactuar, podiam combinar para reunir daqui a uma  
157 ou duas semanas e tentarem, estado e COSEMS, consensuar um encaminhamento mais apropriado. **Stela Souza** ressaltou  
158 que não fazia debate, mas uma argumentação bem óbvia, lembrando que quando o Ministério da Saúde pede a resolução CIB,  
159 já pede com tudo pronto, já estar no Plano, já estar contemplado, já estar tudo aprovado em CIR e só faltando a resolução CIB.  
160 Não que desconsiderasse a CIR, mas a instância de pactuação dentro do estado é a CIB, e o Ministério só aceita a Bipartite,  
161 então a área técnica tinha que ter analisado, dado o parecer, já ter passado pela CIR, aí o Ministério solicita a resolução.  
162 Lembrou de resoluções inclusive que precisam ser republicadas, por terem sido aprovadas lá no início, mas o processo tinha  
163 demorado, então o Ministério pede para republicar. Colocou de forma bem clara não ser muito a favor de resolução *ad*  
164 *referendum*, por ficar muito pesado e com uma grande preocupação de quem assina, mas preservando a necessidade do  
165 município e dizer que prestação de contas de convênio não tem nada a ver com aprovação de resolução CIB, prestação de  
166 contas, se executou ou não executou, o gestor que responderia para os órgãos competentes. E o que estavam aprovando era  
167 a inserção daquele equipamento para o município e não de forma regional, essa unidade mista é para o município, não  
168 regional, assim retirava o que tinha colocado antes e afirmou que deveria manter assim. E colocou que, para receber um  
169 telefonema às dezesseis horas para publicar no DOE, cujo horário é até às 20 horas e ter que vir aqui em Salvador para reunir  
170 com a área técnica a fim de analisar processo, ficava inviável. Assim os municípios já ficavam cientes de que não tinha como  
171 publicar. **Odilon Rocha** solicitou esclarecimentos sobre a Resolução CIB nº 171/2017, que aprova *ad referendum* a  
172 implantação do Centro Especializado em Hipertensão Arterial Sistêmica e Insuficiência Cardíaca (CEHASIC) do Estado da  
173 Bahia, no município de Salvador. **Stela Souza** solicitou a Odilon Rocha que aguardasse o retorno de Alcina Romero para dar  
174 os esclarecimentos devidos. Dando prosseguimento, pediu licença aos membros da CIB, pois tinha um assunto importante  
175 para o estado e os municípios que não está na pauta, mas ainda dentro dos informes, e registrou a presença da Érica Almeida,  
176 da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que falaria um pouco sobre nova Política Nacional de Atenção Básica -  
177 PNAB, inclusive o COSEMS já fizera com a SESAB uma web palestra e também um estudo comparativo da portaria anterior  
178 com a atual, marcando os pontos e verificando que realmente não tinha havido nenhum prejuízo e assim que terminassem de  
179 fazer a correção seria passado para todos os municípios. **Érica Almeida** cumprimentou a todos e relatou que já estivera em  
180 algumas regiões da Bahia, através do Programa Mais Médicos, que na época coordenava, pelo MEC, tendo um pouco mais de  
181 dois anos que saíra e fora para o Ministério da Saúde, onde assumira a Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica -  
182 CGGAB, que é responsável por tudo isso que estavam vivendo nesse momento, que a reforma para alguns, e para eles a  
183 atualização da PNAB. Disse que deixaria o material da apresentação com o COSEMS para ser distribuído e colocou-se à  
184 disposição para dúvidas, afirmando tratar-se de um debate fundamental a discussão da PNAB e que faria uma breve  
185 apresentação em slides. Relatou que nesse momento ela se encontra em uma agenda posterior à publicação da Portaria nº  
186 2.436, da nova PNAB, sobre a instrução normativa das incorporações ou alterações feitas da PNAB de 2011 para a de 2017.  
187 Observou que de uma forma geral havia muita crítica ao processo de revisão da política, o que não considerava ruim, com o  
188 passar do tempo e com esses espaços de esclarecimento, algumas questões iam ficando um pouco mais nítidas para algumas  
189 pessoas e o seu objetivo aqui hoje não era convencer ninguém de que a PNAB 2017 é melhor que a de 2011, de que não tem  
190 riscos e retrocessos ou de que tem avanços, o objetivo sendo esclarecer os pontos e falar um pouco desse processo de  
191 revisão e atualização da política. Iniciou a apresentação relatando que fora considerado, para atualizar essa política, o tempo

192 de atualização, em torno de cinco anos com relação à PNAB, a primeira de 2006, a segunda de 2011 e essa deveria ter sido  
 193 publicada no ano passado, com uma agenda iniciada em 2014, ainda no *boom* do 'Mais Médicos', especialmente porque o  
 194 interesse do departamento era trazer algumas políticas gestadas entre 2012 e 2015 para dentro da política, para deixarem de  
 195 ser programas ou ações específicas de governo e passarem a ser uma política de estado. O objetivo central, ao se colocar  
 196 dentro de uma política era exatamente dar uma força maior, uma sustentação, podendo ou não sobreviver às transições de  
 197 gestão. Então o tempo de revisão de fato, a cada cinco anos, numa perspectiva de aprimoramento, mas, sobretudo de  
 198 atualização dessa política, também em atendimento à proposta da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que colocara como  
 199 uma das propostas, garantir o processo de revisão da PNAB. Desse modo, por mais que no início tivesse tido uma resistência  
 200 grande do Conselho com relação à revisão da PNAB, numa negativa ao processo de revisão, fora uma deliberação do próprio  
 201 Conselho, na 15ª Conferência. **Érika Almeida** afirmou que o processo tinha sido iniciado com a presença do Conselho, logo no  
 202 começo de 2015, e após a mudança de gestão o processo tinha perdido um pouco a velocidade, até porque eles não sabiam  
 203 se a agenda seria mantida, mas o CONASS e o CONASEMS tinham recolocado a PNAB na agenda do Governo, sendo uma  
 204 das propostas da 15ª Conferência Nacional de Saúde a última consideração para atualização do Portal do Departamento de  
 205 Atenção Básica, sendo os resultados observados nos dois primeiros ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
 206 na Atenção Básica – PMAQ, tendo em vista que a partir deles seria possível, para o Departamento de Atenção Básica do  
 207 Ministério, justificar e enxergar que no primeiro ciclo 5% das unidades do país, ou seja, em torno de duas mil equipes, não  
 208 fazem nenhum tipo de cuidado à atenção pré-natal. No segundo ciclo do PMAQ o número duplicara para 10% das equipes e,  
 209 apesar de informarem, por ser auto declarado, não tinham realizado nenhum tipo de cuidado para gestantes com relação ao  
 210 pré-natal de baixo risco, a partir da pergunta feita no PMAQ. E afirmou que 97% das equipes tinham participado do PMAQ,  
 211 totalizando quarenta e uma mil equipes funcionando no país e 56% delas, tinham informado no segundo ciclo do Programa que  
 212 não tinham realizado nenhuma ação relacionada ao controle e tratamento da obesidade, além da promoção à saúde, ou até  
 213 mesmo a prevenção delas. A partir dos resultados, eles tinham observado a necessidade de iniciar um processo de revisão da  
 214 política, considerando o próprio cenário sanitário do país. Apresentou o objetivo, de afirmar os fundamentos e diretrizes  
 215 estratégicas para a política nacional de atenção básica, reforçando a Saúde da Família como estratégia prioritária para  
 216 expansão e consolidação da atenção básica, sem haver mudança com relação às diretrizes e atributos da atenção primária,  
 217 nem da política continuar, tendo em vista os construtos de Bárbara Starfield, como atributos da atenção primária, sem alteração  
 218 nenhuma em relação a essa questão, bem como o modelo prioritário para o Ministério, desde a organização até o  
 219 financiamento. O outro objetivo, de reconhecer e garantir na PNAB importantes mudanças na perspectiva de ampliação do  
 220 acesso, acolhimento e resolutividade da atenção básica em todo o país, respeitando as especificidades existentes nas  
 221 diferentes realidades. Afirmou que eles não poderiam colocar em uma política algo que limitasse o acesso ou a organização  
 222 dos serviços, considerando a dimensão do país, com cinco mil quinhentos e sessenta e três municípios. Reiterou que o debate  
 223 tinha sido iniciado em 2015, especialmente através dos fóruns de gestão da atenção básica, além de reuniões técnicas com  
 224 praticamente todas as entidades de classe, incluindo Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Federal de Medicina,  
 225 Conselho Federal de Odontologia, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Conselho Federal de  
 226 Nutricionistas, além de terem recebido o Conselho cinco vezes em 2015, em 2016 mais algumas vezes e em 2017 o debate  
 227 praticamente se centrara nos GT de atenção da CIT, já que a política de fato fora escrita por gestores, pelo Ministério da  
 228 Saúde, pelo CONASS e pelo CONASEMS. Informou que também tinham sido criados grupos de trabalho da atenção básica do  
 229 Conselho Nacional de Saúde e mais nove plenários deste Conselho, em uma tentativa de discussão do texto da PNAB e seu  
 230 conteúdo. Segundo ela na leitura deles o debate tinha sido insuficiente, pois o desejo era que o mesmo tivesse sido mais  
 231 aprofundado junto ao Conselho e as outras entidades, no entanto, tinha pairado muitas vezes uma perspectiva de crítica ao  
 232 processo de revisão, na defesa de não ser o momento de fazer a revisão da política, quando na verdade teria sido mais  
 233 proveitoso se tivessem sido apresentadas propostas ou contrapropostas de conteúdo ao texto apresentado. Também  
 234 realizados debates com os trabalhadores do DAB, inicialmente em 2017, já em cima do texto que estava sendo construído,  
 235 além da consulta pública, de 28 de julho a 10 de agosto, e o texto tendo sido aprovado na CIT, em 31 de agosto, e publicado  
 236 em 22 de setembro. Ela apresentou o consolidado das contribuições recebidas no quadro abaixo:

<b>Total Geral</b>	<b>6.281</b>	<b>100,00</b>
<b>Perfil</b>	<b>Contagem</b>	<b>Percentual</b>
Trabalhador	3.779	60,17
Usuário	1.700	27,07
Gestor	556	8,85
Pesquisador	217	3,45
Outros	19	0,30
Conselhos	10	0,16

237 Com seis mil, duzentas e oitenta e uma participações na consulta pública, majoritariamente de trabalhadores, seguida por  
 238 usuários e outros gestores e pesquisadores. Em 'Outros', o Ministério Público, Tribunal de Contas e alguns outros. E os  
 239 Conselhos, os conselhos estaduais de saúde e os conselhos de classe. Explicou que todo o processo de sistematização tinha  
 240 sido feito pelo Departamento de Atenção Básica, ou seja, todas as contribuições lidas por três técnicos, com um número de  
 241 cinquenta técnicos disponíveis de forma exclusiva durante dezessete dias ininterruptos, para poderem fazer o processo de  
 242 padronização e sistematização. Por isso o Ministério tinha conseguido entregar, caso contrário não teria sido possível dar conta  
 243 e tendo sido lidas e sistematizadas todas as contribuições, inclusive as que não versam sobre a PNAB. E tinham mais um  
 244 recorte, como por exemplo, contra a Emenda Constitucional 95 e a Reforma Trabalhista, bem como questões mais amplas, não  
 245 especificamente relacionadas à PNAB. Apresentou alguns exemplos das cinquenta e quatro subcategorias sistematizadas e  
 246 explicou que todas as seis mil, duzentas e oitenta e uma pessoas tinham gerado oito mil, novecentas e uma proposições,  
 247 inclusive muitas vezes uma pessoa entrando com várias sugestões. As mesmas tinham sido sistematizadas e agregadas em  
 248 mil e sessenta e oito enunciados sínteses, porque o Ministério precisava sistematizar a consulta pública, discutir e pactuar na

249 Tripartite, já que a revisão pertence à CIT, então todos os enunciados tinham sido dialogados com a Tripartite, em quatro  
 250 encontros de atenção prévios ao dia 31, data da pactuação final em CIT. Ela relatou que não havia conseguido atualizar a  
 251 apresentação ainda, mas, dos mil e sessenta e oito enunciados sínteses, 27% não tinham sido incorporados no debate para  
 252 dentro do texto da PNAB. O restante, ou já é conteúdo presente na PNAB - mas talvez não fosse tão nítido e a contribuição  
 253 dos participantes fora aproveitada para melhorar a redação do texto - ou em outras de fato a contribuição está *ipsis litteris* ao  
 254 texto da política, mas não tinha dado tempo para a leitura e eles tinham querido reforçar. Informou também que, quanto ao  
 255 percentual, eles tinham incorporado algumas contribuições ao processo de revisão e apresentou uma idéia das dez macro-  
 256 categorias geradoras das cinquenta e quatro subcategorias, explicando que a categoria macro é composição e arranjo das  
 257 equipes e as outras são subcategorias que tinham gerado os enunciados sínteses ao final de tudo. Comunicou que deixaria o  
 258 material à disposição da CIB, tendo em vista o pouco tempo para apresentar, além dos contatos para qualquer dúvida que os  
 259 gestores pudessem ter. Com relação à principal polêmica, acerca do financiamento das equipes de atenção básica, explicou o  
 260 porquê de na pauta ter sido colocado que da PNAB 2011 até a de 2017 eles não faziam nenhum tipo de reconhecimento das  
 261 equipes de atenção básica, como por exemplo, as equipes tradicionais, UBS tradicional, equipes de atenção básica ou equipes  
 262 que não são de saúde da família, além de várias outras nomenclaturas. E explicou que as equipes funcionavam no país com  
 263 uma diferença de 10% da cobertura e atualmente a mesma chega a 75% de atenção básica no país e 163% de saúde da  
 264 família, a diferença sendo coberta por outras modalidades de organização da atenção básica. Então em 2011 eles ainda  
 265 tinham nenhum tipo de financiamento ou de determinação de organização das equipes, significando, por exemplo, uma equipe  
 266 de Goiás funcionando com vinte profissionais médicos e quinze enfermeiros, com várias cargas horárias distintas. Disse que  
 267 antes o Ministério não tinha nenhum posicionamento ou regulamentação com relação à equipe, mas na nova política eles  
 268 passariam a reconhecer as EAB (equipes de atenção básica) como não sendo qualquer coisa. O Ministério da Saúde não  
 269 financiaria qualquer coisa que o município organizasse, a não ser saúde da família, e seria obrigatório ter população adscrita,  
 270 ter vínculo com os usuários, exigindo processo de territorialização, além de uma população coberta no mesmo parâmetro da  
 271 equipe de saúde da família, bem como alimentar sistema de informação, estar inscrita no PMAQ ou nos programas, se por  
 272 ventura o mesmo mudasse de nome, e nos programas de avaliação de desempenho das equipes. Ou seja, seria necessário  
 273 cumprir todas as diretrizes e princípios da atenção básica. Pontuou que a diferença central da equipe de atenção básica para a  
 274 equipe de saúde da família é a composição mínima exigida para a equipe. E apresentou a composição das equipes, a partir da  
 275 tabela:

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;</li> <li>• ESF complementar: saúde bucal, NASF;</li> <li>• EAB não havia definição – a critério do gestor local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESF mínima: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, ACS;</li> <li>• ESF complementar: ACE, saúde bucal, NASF;</li> <li>• EAB deve seguir parâmetros da ESF, exceto ACS.</li> </ul>

276 Ela comentou que eles tinham brincado na SESAB, dizendo que o agente comunitário é facultatório, porque se o mesmo fosse  
 277 considerado fundamental para o processo de territorialização, mesmo ele não sendo exigido para efeito de financiamento, era  
 278 necessário para garantir o processo de territorialização mais adequado. Porém obviamente, na PNAB e no processo atual, a  
 279 Tripartite optara que a equipe de atenção básica tivesse o agente comunitário de saúde como ator facultativo, ou seja,  
 280 opcional. Os ACS passariam a ser reconhecidos, para a previsão de financiamento o valor da equipe de atenção básica seria  
 281 inferior ao valor da equipe de saúde da família, inclusive hoje haveria uma reunião do GT da atenção básica para discutir a  
 282 primeira proposta elaborada pelo Departamento, de financiamento das equipes, porém ela não tinha apresentado na CIB por  
 283 haver a possibilidade de mudança. Informou que a proposta é um pouco distante do valor do financiamento atual para ESF,  
 284 porém não inviabilizaria o município de manter a equipe, ou seja, o valor não seria o ideal, mas o suficiente para apoiar o  
 285 município financeiramente. Informou também que atualmente há uma discussão importante sendo feita em relação à reversão  
 286 de modelo e o Departamento defendera que não seria possível a reversão da ESF para atenção básica. Então, onde tivesse  
 287 equipe de saúde da família eles tinham defendido que o modelo de fato não poderia ser revertido e a questão seria pactuada  
 288 na Tripartite, onde, uma vez credenciada como ESF, a mesma não poderia retroceder, já que a DAB tinha considerado o  
 289 modelo prioritário de atenção básica, o modelo da equipe de saúde da família, ou seja, se eles fossem para trás, não estariam  
 290 transitando para onde gostariam. Outra questão apresentada, que a EAB deveria atender aos princípios e diretrizes da atenção  
 291 básica, além de ter caráter transitório, e informou que seria publicada uma portaria nas próximas semanas, garantindo o  
 292 financiamento das equipes consideradas transitórias até outubro de 2018, ou seja, as que fossem tipos um, dois, três, quatro e  
 293 cinco, com a flexibilização da carga horária médica, porque a portaria revoga a anterior, a nº 2.488. Sendo assim, na próxima  
 294 competência não seria mais necessário o pagamento das equipes e no Brasil todo existem apenas oitocentas e noventa e oito  
 295 equipes, mas com quatro mil e sessenta e quatro agentes comunitários de saúde. Informou também que a partir do mês  
 296 seguinte legalmente as equipes não poderiam mais ser custeadas e provavelmente na próxima semana seria publicada a  
 297 portaria permitindo o pagamento das equipes, sendo até o ano de 2018, para o município organizar a equipe, ou no modelo de  
 298 Saúde da Família ou no modelo de EAB, considerando que de fato algumas das equipes já são modelos de EAB. Por último  
 299 ela apresentou a definição da carga horária mínima semanal dos profissionais, de quarenta horas e a composição das equipes  
 300 com no máximo três profissionais por categoria, com carga horária mínima de dez horas, sendo a mesma da ESF, com a  
 301 diferença de poder compor a equipe da forma que podia ser composta atualmente nas equipes transitórias. E concluiu que  
 302 seria possível ter dois de quinze e um de dez, bem como dois de vinte, ou um de trinta e um de dez, além de dois de dez e um  
 303 de vinte, possibilitando diversas formas de composição. Disse saber que em alguns municípios é muito difícil captar  
 304 profissionais que consigam cumprir a carga horária de quarenta horas. Com relação aos ACS e ACE, ela apresentou a tabela  
 305 seguinte:  
 306

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACE não compunha ESF/EAB;</li> <li>- Processo de trabalho e território diferentes;</li> <li>- ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe) e facultativo na EAB;</li> <li>- EACS sem definição de quantidade mínima de ACS;</li> <li>- Sem atribuições dos ACE;</li> <li>- 8 atribuições dos ACS;</li> <li>- Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro;</li> <li>- Sem atribuições relacionadas à Vigilância.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACE pode ser membro da ESF/EAB;</li> <li>- Território único e planejamento integrado das ações;</li> <li>- ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população / excluído máximo por equipe) e facultativo na EAB;</li> <li>- EACS com quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local;</li> <li>- Incorpora as atribuições do ACE (Lei 11.350) e acrescenta 11 atribuições comuns ACE e ACS;</li> <li>- Amplia as atribuições dos ACS (12);</li> <li>- Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior);</li> <li>- Inseridas ações de integração da AB e Vigilância.</li> </ul>

307 Explicando que de uma forma geral eles tinham inserido os ACE na política, até a PNAB de 2011 não era prevista a ação de  
308 integração da atenção básica com vigilância, e a partir da portaria 2017 o agente se incorporar à equipe de atenção básica e  
309 isso não representando a unificação dos agentes, a política não poderia fazer isso juridicamente, apenas uma lei ou um  
310 decreto presidencial poderia acabar com a profissão ou com a ocupação e o fato ocorreria apenas para inserir o debate da  
311 integração de território, bem como o compartilhamento das práticas, além da discussão de território único, o planejamento  
312 integrado e não a unificação. Até porque há duzentos e sessenta e três mil agentes comunitários de saúde e noventa mil ACE,  
313 ou seja, seria impossível unificar, inclusive o mesmo território, porque a lógica é diferente, a idéia sendo que o processo de  
314 trabalho deixasse de ser fragmentado e passasse a dialogar na perspectiva da organização do cuidado integral. Quanto ao  
315 NASF, a diferença sendo que o mesmo pode cobrir as EAB, ser inserido o gerente de atenção básica, que não era previsto em  
316 2011, a composição das equipes permaneceria a mesma para saúde da família e a diferença seria poder ter o agente  
317 comunitário de endemias. Noticiou também que o Ministério instituirá a oferta nacional de ações e serviços ampliados, que todo  
318 mundo conhece como carteira de serviços, a instituição sendo de um PMAQ ampliado, porque atualmente no Programa já  
319 consta o padrão essencial estratégico e a idéia sendo de as ações anteriormente consideradas de atenção básica ser  
320 ofertadas na totalidade das unidades. Deu o exemplo de quatro mil equipes que não fazem o pré-natal e que não poderia  
321 deixar de ser ofertado, e a idéia da carteira ou da relação sendo justamente esta. Quanto à territorialização, o usuário poder ter  
322 um vínculo com um território domicílio e outro de trabalho, a segurança do paciente seria incorporada no debate, considerando  
323 que a clínica na atenção básica é fundamental, e a discussão de regulação, anteriormente tratada de forma superficial, seria  
324 inserida no debate, inclusive como atribuições de todos os membros da equipe e em articulação com a ferramenta do  
325 Telessaúde, aproveitando a proposta de reformulação do mesmo. Além do reconhecimento dos pontos de apoio como  
326 estrutura física da AB/SUS para atendimento às populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras,  
327 etc.), informando que em 2011 não tinha o reconhecimento e atualmente o Ministério financia pontos de apoio nas UBS fluviais  
328 e nas equipes ribeirinhas. Acrescentou que, existindo uma equipe para atender a uma população dispersa, como  
329 assentamento de população rural seria possível o financiamento e o custeio pelo Ministério, de um ponto de apoio fixo para  
330 aquela equipe. Quanto à carga horária, apresentou a tabela:

PNAB 2011	PNAB 2017
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESF 40h + 5 tipos de ESF (equipes transitórias);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESF 40h para todos os membros + EAB 40h por categoria profissional (máx. 3 profissionais por categoria, mínimo de 10h/semana).</li> </ul>

331 Explicou que permaneceria a mesma e a discussão de apoio institucional seria mantida nas competências dos entes, porém  
332 também apareceria como ferramenta de educação permanente, que na PNAB 2011 era pulverizada e em 2017 fora inserido o  
333 debate da formação em saúde com a atenção básica como *locus* privilegiado para o espaço de formação, pesquisa e  
334 extensão. Pontuou as únicas coisas que não teriam alteração: a saúde bucal, não avançando naquela perspectiva, além da  
335 discussão do SISAB, que tinha sido uma pactuação de última hora, em que o Ministério decidira não exigir por enquanto, nesta  
336 PNAB, a alimentação do sistema de informação de forma obrigatória por prontuário eletrônico, até porque eles ainda estão  
337 finalizando o plano de apoio de implantação do mesmo. Concluindo, agradeceu e se colocou à disposição dos gestores.  
338 **Ivonildo Dourado** agradeceu a Érika Almeida e disse que sabem da importância da discussão e da pertinência do debate, mas  
339 infelizmente a CIB tinha começado a reunião com mais de uma hora de atraso, havendo uma pauta extensa e a UPB tinha  
340 sinalizado que precisaria do auditório mais cedo, pela necessidade de organizar o mesmo para um evento no dia seguinte, com  
341 os prefeitos. Deixou claro para os técnicos e secretários presentes que havia sido feita uma Web Conferência com a Diretoria  
342 da Atenção Básica, a conferência estava à disposição no site da SESAB para quem necessitasse acessar e a DAB tinha  
343 colocado seus apoiadores institucionais em todo o território do estado, à disposição dos gestores para esclarecer qualquer  
344 dúvida com relação à discussão da PNAB. Em seguida comunicou o ponto da Superintendência de Atenção Integral à Saúde  
345 SAIS/DAB/DAE e CIR: Aprovação da continuidade do Plano de Expansão dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária  
346 2017-2020 com os novos critérios de inclusão para os municípios beneficiários - **Jolie Eloie**, representante da área técnica de  
347 saúde bucal, comentou que começaria sua fala triste, por não ter havido alteração na área da saúde bucal da PNAB, que a  
348 mesma nadava, nadava e morria na praia. Assim, achava muito ruim iniciar a apresentação percebendo que a saúde bucal não  
349 tinha avançado, mas esperava que, levando a pauta, eles pudessem avançar no estado da Bahia. Iniciou a apresentação

350 informando que atualmente a SESAB oferta próteses dentárias por duas frentes: o município credenciando seu laboratório  
351 diretamente com o Ministério da Saúde, como laboratório municipal, ou através do Plano de Expansão. Assim, a intenção da  
352 área é poder aprovar a continuidade do Plano, que havia sido aprovado em CIB desde 2011, um projeto elaborado em parceria  
353 com o COSEMS e o Ministério da Saúde, porque o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, através do  
354 Plano Brasil Sem Miséria, tinha um recurso destinado à prótese dentária e o mesmo fora disponibilizado aos estados. A DGC, o  
355 COSEMS e o Ministério tinham apresentado um projeto em CIB no ano de 2011, e desde 2012 o Estado vem ofertando prótese  
356 através do Plano de Expansão através do recurso destinado ao Estado, que contrata o prestador de serviço, este vai ao  
357 município e dispensa lá a prótese. Informou que atualmente existem cinquenta e um municípios com seu próprio laboratório  
358 municipal e outros noventa e três sendo beneficiados pelo Plano de Expansão do Estado da Bahia e que o Estado ofertara os  
359 serviços nos anos de 2012, 2013 e 2014, interrompendo em 2015. Estavam apresentando novamente em CIB os novos  
360 critérios para a inclusão dos novos municípios, uma vez que os antigos já estão sendo beneficiados há quatro anos. No  
361 processo de desmame, o município beneficiado pelo Plano começaria a caminhar com as próprias pernas e credenciar seu  
362 próprio laboratório. Falou que em 2015 tinha sido publicada outra resolução CIB, com novos municípios. E trazia para esta 252ª  
363 Reunião Ordinária da CIB para aprovar novos critérios de inclusão de novos municípios, ou seja, para protocolar, e de dois em  
364 dois anos eles alterariam a relação de municípios e dialogariam sobre os novos critérios de inclusão de municípios  
365 beneficiados pelo Plano. Explicou também que aprovariam aqui os municípios a serem beneficiados nos anos de 2018 e 2019  
366 e mostrou o gráfico para os gestores entenderem o impacto do Plano de Expansão na dispensação de prótese dentária no  
367 estado, sinalizando que em 2014, os laboratórios em cor laranja simbolizando os municipais por meio dos quais o Estado tinha  
368 ofertado dezoito mil próteses. Falou que o Plano de Expansão tinha ofertado trinta e nove mil próteses em 2014, tendo sido  
369 este o ano que a Bahia conseguira alcançar o primeiro lugar no nordeste, em número de próteses dispensadas e o terceiro  
370 lugar no Brasil. Em 2015 fora aprovada sua continuidade e o Ministério tinha renovado o recurso, continuando a repassar o  
371 montante para a SESAB dispensar, apoiar e fortalecer a ação de reabilitação no estado. E apresentou os critérios, dizendo que  
372 seria incluído no Plano de Expansão para o biênio 2018 e 2019 o município que em dezembro de 2016 possuísse maior  
373 proporção de população residente com renda domiciliar mensal per capita de até um quarto de salário mínimo, ou seja,  
374 situação de extrema pobreza, conforme dados oriundos do Censo Demográfico realizado em 2010 e processados pelo Instituto  
375 de Pesquisas Econômicas e Aplicadas - IPEA, de acordo com os critérios do indicador de proporção de pessoas com baixa  
376 renda - B.5.1, dos Indicadores e Dados Básicos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA  
377 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/>. Comunicou que na Bahia 14% da população se encontrava no estado de extrema pobreza e  
378 como o recurso faz parte do Plano Brasil sem Miséria, era necessário priorizar os municípios na mancha da pobreza. Outro  
379 critério, o município não possuir LRPD municipal credenciado no Ministério da Saúde, por razões óbvias, além de possuir pelo  
380 menos uma equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, considerando a importância das equipes de retaguarda  
381 para as ações desenvolvidas pelo LRPD (dados do E-gestor, de dezembro de 2016), bem como possuir população abaixo de  
382 cinquenta mil habitantes. E os municípios já beneficiados no biênio anterior que tivessem dispensado próteses dentárias por  
383 um período inferior a dois anos porque, com a mudança de gestão, tinha refletido em uma descontinuidade do cuidado pelos  
384 novos gestores. Assim, desde outubro de 2016 até meados de 2017 o Estado ficara sem dispensar prótese naquele município,  
385 então a SESAB tinha visto como o momento de dar oportunidade aos municípios para continuarem, portanto, dos noventa e  
386 três que entrariam na relação, trinta e um municípios já fazem parte do Plano de Expansão, porém com menos de dois anos de  
387 produção. Apresentou a relação simplificada dos critérios para exclusão de municípios do Plano: sendo os que já tivessem sido  
388 beneficiados pelo Plano de Expansão e que já tivessem dispensado próteses dentárias por mais de dois anos consecutivos,  
389 bem como os municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; os que tivessem ficado sem pelo menos uma ESB  
390 implantada na Estratégia Saúde da Família por mais de três meses consecutivos, além dos que não terem cumprido as  
391 responsabilidades municipais previstas no Requerimento de Adesão da Resolução, por mais de dois meses consecutivos; que  
392 tivessem solicitado credenciamento de LRPD municipal junto ao Ministério, após a publicação da portaria e o recebimento da  
393 primeira parcela do recurso financeiro de custeio, verificado no site <http://www.fns.saude.gov.br>. Falou que seria publicada a  
394 resolução CIB com a relação de municípios, posteriormente os mesmos seriam acionados para assinarem o Termo de Adesão,  
395 que contém algumas responsabilidades para serem cumpridas pelo gestor, como a de dispor de um consultório odontológico,  
396 de equipamentos de proteção individual e ter um dentista para fazer o monitoramento e avaliação da prótese dispensada, ou  
397 seja, um elenco de responsabilidades para assumir, caso contrário o mesmo passaria por uma auditoria e seria excluído, ou  
398 até mesmo poderia pedir voluntariamente a exclusão do plano, alegando que não deseja mais fazer parte do mesmo, por  
399 querer seu próprio laboratório. Após a exclusão o município seria substituído por seu suplente na lista de municípios com maior  
400 proporção da população residente e com renda domiciliar mensal per capita de até um quarto de salário mínimo, dentro da  
401 mesma macrorregião. Os que estivessem saindo do Plano naquele momento, mas continuassem suas dispensações até  
402 dezembro, seriam orientados sobre como fazer a solicitação do seu próprio laboratório junto ao Ministério. Jolie informou que  
403 no site do E-gestor consta o plano de credenciamento de laboratórios de prótese e o município que estivesse saindo do plano  
404 de expansão, seria orientado pela área técnica sobre como fazer a solicitação de credenciamento, continuaria no Plano até  
405 dezembro e em janeiro começaria a produção naqueles municípios. Apresentou também a relação dos municípios a serem  
406 beneficiados pelo plano de expansão 2018-2019, dividido por região de saúde, mas sem colocar o mesmo número de  
407 municípios em cada uma das regiões, justamente por existirem macrorregiões e regiões com municípios que estão no ranking  
408 dos piores municípios com relação à extrema pobreza de acordo com as tabelas a seguir, como por exemplo a Centro-Leste e  
409 o Centro-Norte:



Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	OESTE	Barreiras	292045 Mansidão
2			290440 Brejolândia
3			290250 Baianópolis
4			290940 Cotegipe
5			293345 Wanderley
6			292620 Riachão das Neves
7			290970 Cristópolis
8			290140 Angical

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	OESTE	Ibotirama	<b>292225 Muquém de São Francisco</b>
2			<b>292160 Morpará</b>
3			<b>290450 Brotas de Macaúbas</b>

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	OESTE	Santa Maria da Vitória	290910 Coribe
2			293030 Serra Dourada
3			290810 Cocos

410

411

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUDOESTE	Brumado	291250 Ibitanga
2			290420 Botuporã
3			290755 Caturama

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUDOESTE	Guanambi	291077 Feira da Mata
2			293105 Tanque Novo
3			292020 Malhada

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUDOESTE	Vitória da Conquista	290395 Bom Jesus da Serra

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	291845 Jucuruçu

412

413

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUL	Ilhéus	292090 Mascote

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUL	Itabuna	291270 Ibirapitanga
2			292780 Santa Cruz da Vitória

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUL	Jequié	<b>291000 Dário Meira</b>
2			292280 Nova Itarana
3			292040 Manoel Vitorino
4			291905 Lajedo do Tabocal
5			291420 Irajuba
6			291430 Iramaia
7			291510 Itagi

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	SUL	Valença	292260 Nilo Peçanha
2			291345 Igrapiúna

414

415

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	NORTE	Paulo Afonso	292420 Pedro Alexandre
2			292760 Santa Brígida
3			290770 Chorrochó
4			291990 Macururé
5			292710 Rodelas
6			291810 Jeremoabo

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	NORTE	Juazeiro	292440 Pilão Arcado
2			290682 Canudos
3			290990 Curaçá

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	CENTRO-LESTE	Feira de Santana	290890 Coração de Maria

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	CENTRO-LESTE	Itaberaba	291260 Ibiquera
2			291960 Macajuba
3			291900 Lajedinho
4			290380 Boa Vista do Tupim
5			290130 Andaraí
6			292080 Marcionílio Souza
7			290405 Bonito
8			291500 Itaeté
9			292285 Nova Redenção

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	CENTRO-LESTE	Seabra	292303 Novo Horizonte
2			291300 Ibitiara
3			290400 Boninal

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	CENTRO-LESTE	Serrinha	292265 Nordestina
2			290360 Biritinga
3			291910 Lamarão
4			290040 Água Fria

416

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	CENTRO-NORTE	Irecê	293240 Uibai
2			291130 Gentio do Ouro
3			292205 Mulungu do Morro
4			290323 Barro Alto
5			291850 Jussara
6			292560 Presidente Dutra
7			291535 Itaguaçu da Bahia
8			290300 Barra do Mendes
9			290620 Canarana

Nº	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	Município
1	CENTRO-NORTE	Jacobina	290550 Caldeirão Grande
2			290510 Caém
3			293305 Várzea da Roça
4			292980 Saúde
5			293130 Tapiramutá
6			292593 Quixabeira
7			292480 Piritiba

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

Ela concluiu explicando que o número de próteses ofertadas no Plano de Expansão não tinha considerado o número de habitantes e sim o percentual de população em situação de extrema pobreza. E agradeceu a todos, perguntando se tinham alguma dúvida. **Ivonildo Dourado** esclareceu que a proposta apresentada fora alinhada e discutida com o COSEMS, no aspecto técnico e operacional, ou seja, não era uma proposta vinda de forma solta, sem que ter havido uma negociação prévia com a representação dos municípios. Explicou para Odilon Rocha que o período validado é de 2018 até 2019 e que a publicização seria feita nos sites da SESAB, do COSEMS e da CIB e colocou que fora discutido estava **aprovado**. Deu continuidade à reunião, convocando os pontos do Grupo Condutor de Redes, primeiramente acerca da discussão de assuntos referente às Redes Temáticas e perguntou se Stela Souza gostaria de fazer a fala. **Stela Souza** solicitou que Alcina Romero explicasse a Resolução CIB nº 171/2017, sobre o serviço do Centro Especializado em Hipertensão Arterial Sistemática e Insuficiência Cardíaca, pois o membro da CIB Odilon Rocha havia pedido esclarecimento. **Alcina Romero** apresentou como

428 justificativa a situação epidemiológica da hipertensão atualmente, quando tinham observado o aumento no número de  
429 hipertensão refratária ao tratamento convencional no estado da Bahia. O centro estadual implantado, onde era o antigo Centro  
430 Social Urbano na Caixa D'água, em frente ao Hospital Ana Nery - HAN, que já é a referência estadual em cardiologia, seria  
431 uma unidade ambulatorial de referência para todo o estado para tratamento, diagnóstico e matriciamento das equipes de  
432 atenção primária no manejo da hipertensão arterial secundária. Informou que o centro possuiria um rol considerável de  
433 equipamentos, inclusive com toda parte de reabilitação cardíaca e ficaria como um centro de apoio ambulatorial ao Hospital  
434 Ana Nery, fazendo a parte da insuficiência cardíaca, além de preparar o paciente para a realização do transplante cardíaco do  
435 HAN e fazendo a parte de reabilitação cardíaca também. Da parte da hipertensão secundária, seu papel seria capitanear o  
436 matriciamento e apoio aos serviços municipais da atenção primária, no manejo dessas doenças. O Centro fora totalmente  
437 pensado para ter disponibilidade de tecnologia de web conferência e para fazer toda a parte de matriciamento e de  
438 capacitação. Concluindo, disse ser equivalente ao CEDEBA (Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia) e o centro seria  
439 para a hipertensão refratária, não fazendo competição com a atenção primária, e para insuficiência cardíaca em estágio  
440 avançado. **Odilon Rocha** quis saber qual a abrangência real do serviço, se seria mais um para a população de Salvador, tendo  
441 em vista que as questões colocadas em CIB prioritariamente são destinadas para Salvador. Sendo assim, quando enviasse um  
442 paciente de São Félix, às duas horas da manhã, o mesmo consequentemente chegaria para ficar em uma fila às cinco horas  
443 da manhã. Portanto perguntava qual a abrangência do serviço, já que no seu município estava sendo sentida uma dificuldade  
444 muito grande da continuidade do tratamento, principalmente de pacientes com insuficiência cardíaca e o mesmo saía para ser  
445 internado e ficava solto, depois voltava a se internar, sendo bom para os hospitais com muito internamento de paciente com  
446 doença crônica. **José Antônio Rodrigues** manifestou que a questão é típica de CIR, cabendo um *ad referendum* logo após  
447 sua reunião e disse que Salvador possui um centro de insuficiência cardíaca com um núcleo para cuidar exatamente da  
448 hipertensão e de arritmia, atualmente condicionada a outro prestador de serviço e que não seria do HAN. Pontuou a  
449 importância de fazer o encaminhamento dos pacientes, até porque Salvador possui dentro do serviço um cadastro de  
450 pacientes do interior, para poder fazer uma apresentação principalmente quanto ao acesso para o serviço no ambulatório,  
451 posteriormente sendo apresentado detalhadamente em CIR, para eles poderem discutir com o município de Salvador e para o  
452 encaminhamento dos pacientes do interior matriculados dentro do serviço do município, sendo dois, no serviço ambulatorial do  
453 Hospital Santa Isabel e o CRDC (Centro de Referência em Doenças Cardiovasculares), que apesar de ter se tornado  
454 multicentro, com outros serviços de saúde, mantivera uma unidade de referência para aqueles pacientes. A partir do exposto  
455 achava conveniente refazerem a matrícula, até para possibilitar a abertura de mais vagas. **Alcina Romero** respondeu  
456 primeiramente às colocações de Odilon Rocha, esclarecendo que o centro é de referência estadual e sua modelagem estava  
457 sendo trabalhada inclusive quanto ao acesso. Pontuou a grande preocupação em replicarem o modelo vigente, ainda da fila na  
458 porta, portanto muito provavelmente eles teriam que fazer via fila única, algum sistema com acesso direto pelos municípios.  
459 Informou também que estão trabalhando nos critérios, por ser necessário colocar alguns parâmetros para o centro servir  
460 justamente para atender à necessidade e não competir com a atenção primária, fazendo o manejo de hipertensão simples.  
461 Acrescentou que a referência é estadual, com acesso 100% regulado a partir da atenção primária, via secretarias municipais  
462 de saúde, e com o protocolo de acesso validado e pactuado. **Alcina Romero** se dirigiu a José Antônio Rodrigues dizendo que  
463 a DAE está assumindo o compromisso e se colocou à disposição para apresentar o projeto mais detalhado na CIR de  
464 Salvador, ou, se ele preferisse, faria antes uma conversa com ele. **José Antônio Rodrigues** colocou que há trezentos mil  
465 pacientes cadastrados, ou seja, nenhum ambulatório daria conta, portanto eles já tinham feito o trabalho de triar os pacientes e  
466 redistribuí-los nas redes, inclusive alguns tinham voltaram para a atenção básica e no momento da implantação do centro pela  
467 SESAB seria importante ocorrer uma conversa com a gestão municipal, para ajudar no processo de distribuição. **Alcina**  
468 **Romero** concordou com o gestor, dando certeza que Salvador seria um grande aliado do Estado no momento da implantação  
469 dos requisitos e do protocolo. **José Antônio Rodrigues** perguntou se ela já tem o protocolo pronto para apresentar na CIB e  
470 **Alcina Romero** respondeu que não, informando que eles estavam começando agora, tendo apenas o projeto arquitetônico e o  
471 projeto do programa de necessidade, ainda para o projeto arquitetônico da implantação. Quanto a seu modelo técnico  
472 assistencial, a DAE ainda não havia conseguido detalhá-lo, portanto eles estavam começando a trabalhar com calma, por ser  
473 necessário iniciar a obra de reforma, e posteriormente realizariam o detalhamento do projeto técnico assistencial, precisando  
474 então de ajuda e da troca de experiências, não havendo ninguém melhor para ajudar do que os técnicos dos dois centros de  
475 Salvador, além do grupo de regulação, ou quem José Antônio Rodrigues determinasse. E encerrando sua fala, disse que  
476 estava assumindo o compromisso de fazer uma primeira reunião, convocando o município de Salvador e depois indo para a  
477 CIR regional. **Stela Souza** confirmou com José Antônio Rodrigues que o mesmo tinha concordado e afirmou o agendamento  
478 da reunião. Como entrariam na pauta da reunião do Grupo Condutor, acerca das temáticas discutidas, pediu para falar da  
479 Rede Cegonha, colocando que ao final da reunião anterior tinha sido dado um informe sobre as CPN (Centros de Parto  
480 Normal), das propostas de convênio de municípios para obras de ambiência, de construção de CPN junto ao Ministério da  
481 Saúde e critérios estabelecidos para liberação das propostas. Portanto restara saber se as obras aprovadas em 2014, que não  
482 tinham sido emprenhadas, além das aprovadas pelo plano de ação da Rede Cegonha, obras de serviço com maior número de  
483 partos, municípios que tinham cadastrado propostas e se manifestado até aquele momento, inclusive alguns não tinham 'par',  
484 além de vários tipos de problemas, mesmo havendo um recurso para as obras e necessidades nas regiões. Por consulta ao  
485 Ministério da Saúde eles tinham descoberto alguns critérios a serem seguidos. Vários municípios tinham se manifestado e,  
486 após a colocação de Livia Moura (SESAB/SAIS/DGC) na reunião do Grupo Condutor, os apoiadores e o COSEMS tinham  
487 noticiado para todos e já tendo recebido várias ligações de municípios interessados em implantar CPN. E por já existir o  
488 histórico de várias CPN e vários equipamentos feitos, atendendo aos critérios aprovados no plano, na CIR, na CIB, no CMS e  
489 até este momento sem funcionar ainda, porque a área técnica, junto com o COSEMS, se reuniria naquela semana para avaliar  
490 os municípios solicitantes e ver se atendem aos critérios, pois, caso contrário, não adiantaria enviar para o Ministério e nem  
491 aprovariam em CIB se não atendessem aos parâmetros. E o COSEMS tinha identificado outro problema, a CIB ter aprovado a  
492 não publicação de resoluções CIB *ad referendum*, exceto as de Emenda Parlamentar, porque ela sairia da mesa entendendo  
493 que a partir deste momento só seria aprovado *ad referendum* de Emenda, tendo em vista só haver uma resolução CIB sobre  
494 aprovação *ad referendum*, as de Emendas. Disse que vários municípios tinham pleiteado o serviço e ela tinha convocado

495 Manoel Miranda (Coordenador das apoiadoras do COSEMS), por ser muito envolvido com a Rede Cegonha, além de Livia  
496 Moura e Ana Lia, para juntos fazerem a análise, porém tendo prazo e caso os municípios não estivessem avaliados  
497 tecnicamente, não seria possível encaminhá-los para aprovar e teria que ser aprovado *a posteriori*, antes da próxima reunião  
498 da CIB, dia vinte e três de novembro, pois os municípios da Bahia que tivessem o equipamento e a ambiência ficariam de fora.  
499 E concluindo, convocou Manoel Miranda e Livia Moura para explicarem rapidamente sobre a proposta, apesar de já ter dito que  
500 não seria aprovada a definição dos municípios nesta CIB e não podendo esperar a próxima reunião, deixava o questionamento  
501 sobre o que eles fariam diante da situação. **Livia Moura**, DGC, saudou a todos e colocou como um dos equívocos mais  
502 frequentes dos gestores acharem que podem colocar centro de parto normal em qualquer município, e não podem, eles teriam  
503 que entender a lógica do modelo de atenção que estão propondo, esses equipamentos tendo que estar ligados à unidade de  
504 retaguarda, ou seja, as gestantes complicando, ter para onde encaminhar. Então teria que ter um serviço adequado para  
505 receber as gestantes com complicações. No entendimento do Ministério e da área técnica, para a grande maioria dos  
506 municípios que já vinham sendo discutidos dentro da rede cegonha, geralmente esses equipamentos ficam na sede da região  
507 de saúde, eles já têm esse entendimento. Alguns municípios já tinham se manifestado, uns não têm planos, mas querem  
508 avançar com relação a esse equipamento, por conta do vazio assistencial quanto ao risco habitual e a indicação do parto  
509 nessas regiões precisava avançar. Comunicou do movimento nesse momento na Bahia e eles tinham feito diversas viagens,  
510 tendo percebido que os gestores estão querendo colocar seu risco habitual dentro de seus territórios, e ela considerava isso  
511 um avanço. Acrescentou em dois mil e onze, ao ser iniciada a rede cegonha, não tinham essa percepção que têm hoje e que a  
512 Bahia precisa avançar, sendo louvável eles verem com o COSEMS para não encaminharem qualquer município com esse  
513 pleito, eles tinham sim os critérios de avaliação considerados pela área técnica e estão no e-mail, mas só ontem tinham podido  
514 divulgar isso para o grupo condutor, porque tinham recebido um dia anterior à reunião. Eles tinham noção do que está  
515 acontecendo, mas o Ministério de Saúde não tem informado e a qualquer hora o sistema podia fechar e eles precisavam definir  
516 os municípios com os equipamentos. Lembrou que é ambiência, casa de gestante, bebê e puérpera, e CPN. **Manoel Miranda**  
517 falou sobre a ação que o Ministério está abrindo pelo SISMOB, e que seguiria ordem de prioridade, a primeira sendo obra  
518 aprovada no ano de 2014 e sem terem empenhos efetivados, os municípios que estão no plano 2014 e com empenho  
519 efetivado. E que resgatasse isso, quem não tinha tido então a SESAB já pleiteara ao Ministério quais os municípios com  
520 projetos cadastrados pelo Sistema. A segunda prioridade, obras aprovadas no parecer de mérito no plano de ação da rede  
521 cegonha, as regiões que já têm pareceres de mérito aprovado pelo Ministério, já tendo municípios com direito a receber CPN,  
522 casa de gestante, bebê e puérpera, e ambiência, e a área técnica tem esses pareceres de mérito também, e esses podiam  
523 pleitear recurso agora para projetos. A terceira ordem de prioridade, as obras com projetos já elaborados, pois para aprovação  
524 este ano seria necessária uma análise do projeto arquitetônico, os municípios que, mesmo não estando em regiões com plano  
525 de ação aprovados, mas já tendo projeto pronto engatilhado, podiam cadastrar também, mesmo não tendo plano de ação.  
526 Disse que ontem tinham assumido um compromisso de, nas regiões onde tivesse esses municípios o COSEMS construiria os  
527 planos junto com eles na região, fazendo o movimento de juntar para construir os planos e como preconizado: primeiro plano,  
528 depois investimento, então esses dois últimos critérios seriam avaliados segundo dois outros critérios, na ordem municípios  
529 com grande número de parto e com vazios assistenciais. E reforçava que tanto é importante região que tem plano de ação,  
530 como as que não tinham tido oportunidade de construir seu plano de ação e que estão em regiões com grande número de  
531 parto e com vazios assistenciais, a equipe técnica elaboraria essa avaliação, mas reiterava que o Ministério seria bem taxativo,  
532 até porque a preocupação de todos é com o custeio, se o município não preenchesse os parâmetros da portaria número 11, de  
533 07 de janeiro de 2015, que define os parâmetros de rede cegonha, não teria condição de sustentar o centro de parto normal.  
534 Então nem escrevessem projetos, lessem a portaria e vissem se seu município se enquadra. Se não se enquadrasse, não  
535 adiantava nem escrever projetos, porque não conseguiria bancar, pois o Ministério não habilitaria. **Livia Moura** lembrou que,  
536 para inserir diretamente a proposta tinham que passar pelo crivo do Estado para encaminhar CNPJ. **Ivonildo Dourado**, sobre  
537 a fala da Presidente do COSEMS, disse que a discussão deles tinha sido em relação aos convênios, a fala de Livia Moura e  
538 Manuel Miranda corroboravam com a fala anterior do Estado, que estabelece critérios para aprovação desses processos, que o  
539 colocado por Livia Moura e Manoel Miranda tinha sido recurso de programação e não de convênios, e recursos de  
540 programação não diferem de convênios. Eles tinham discutido convênios e que as resoluções saíam pautadas em discussões  
541 técnicas e em critérios estabelecidos, critérios postos tanto pela DGC como pelo Coordenador de apoiadores do COSEMS.  
542 Achou que tinha ficado esclarecido nesse aspecto, não havendo prejuízo dessa discussão e eles caminhavam juntos, no  
543 sentido de avançar nessa discussão da rede cegonha no Estado da Bahia. **Jaqueline Bonfim** colocou que não tinha  
544 acompanhado a primeira discussão dos demais membros com relação ao *ad referendum*, mas se preocupava com algumas  
545 medidas, e o momento em que são definidas e que desde, que estão na militância da gestão do SUS das instâncias  
546 colegiadas, sempre trabalhando para evitar que os municípios fossem prejudicados ou deixassem de receber seus recursos,  
547 fosse quanto fosse. Já havendo tantos vazios assistenciais e tantas dificuldades, o que cada um pudesse trazer que trouxesse,  
548 era um direito de cada um, porque eles sabiam que estão em época de emendas impositivas, já fora falado que para emendas  
549 parlamentares não tem problemas, mas ela se reportava a uma situação que tinha sido debatida hoje, apenas para terem como  
550 referência, falando de cirurgias eletivas, e que o COSEMS podia assinar uma resolução *ad referendum*, para assegurar um  
551 recurso, não perderem esse recurso que tinha ficado no teto do Estado e nem por isso tinham deixado de fazê-lo, por  
552 entenderem a necessidade de fazer acontecer o serviço. Estando no final de outubro, pois já passara do dia 15, até hoje não  
553 tinham conseguido finalizar as pactuações de cirurgias eletivas, sabiam que os recursos estão disponíveis e podia ser que eles  
554 não tivessem executado esse ano, e até o momento o COSEMS não tinha se manifestado, ao contrário, nada tratando desse  
555 assunto. Com relação aos CPN, eles sabiam o trabalho que daria todas essas discussões, sabiam dos serviços que tinham  
556 sido implantados e dos equipamentos que tinham sido colocados em lugar num um dia e no outro tinham ido para outro lugar,  
557 para inaugurar. Sabiam dos serviços que tinham sido implantados e sabiam dos serviços que existem e de unidades que  
558 funcionam sem nenhum tipo de financiamento nem auxílio para se estruturarem. Eles precisavam ter bom senso, porque no  
559 SUS que eles fazem no COSEMS e nas instâncias colegiadas, junto à CIR e à CIB, em nenhum momento tinham tratado de  
560 alguma questão que fosse levar algum tipo de benefício, para qualquer município, assim mesmo sendo a relação deles com o  
561 Estado. Ela não sabia como isso tinha ficado definido, se ela estivesse na reunião teria feito essa colocação porque tinham

562 ficado hoje até as 14 horas, aqui desde domingo discutindo diversas pautas que envolvem os interesses específicos do Estado  
563 dentro de suas políticas públicas de saúde e os municípios inseridos nelas. Na sexta-feira, no grupo condutor de rede, por  
564 exemplo, falariam porque a política estadual de atendimento a oncologia e a regulação não estão totalmente implantadas, e lá  
565 falariam das suas responsabilidades, porque são grupo condutor de rede, estão se debruçando, debatendo até de madrugada.  
566 Ela resolvera fazer essa ponderação por achar que eles tinham que parar para rever essas coisas, porque estão caminhando  
567 para um ano eleitoral e esperava que eles não parassem de fazer as coisas que tinham que fazer, em detrimento de quem é A,  
568 B, C ou D porque o partido deles era o partido da Saúde, teriam que rever tudo que estavam começando a decidir. **Ivonildo**  
569 **Dourado** colocou que ficava complicado eles terem um horário e retornarem discussões, e com falas sem ter presenciando o  
570 processo do debate. Esclareceu que em nenhum momento fora colocado aqui - e estava gravado - que o Estado está  
571 viabilizando ou sendo contrário às resoluções *ad referendum*, mas colocado pelo Estado a necessidade sim de uma discussão  
572 de critérios técnicos e da razoabilidade de eficiência com aplicação do recurso próprio ou do recurso da saúde, para evitar  
573 implantação de equipamentos que onerassem o sistema, que não funcionassem e inviabilizasse a sua aplicação. Então isso  
574 fora colocado para convênios de ampliação, de implantação de serviços, implicando no território e não no âmbito do município,  
575 e qual caso específico poderia ser analisado, tinha sido primordial essa discussão que ela tinha trazido da rede cegonha, que  
576 não é recurso de convênio, mas recurso de programação, o que corroborava com o que tinha sido discutido anteriormente. E  
577 com todo respeito que tinha a Jaqueline Bonfim, ficava complicado ela não ter ouvido a discussão e ter feito uma fala em torno  
578 da mesma, com afirmações da forma que tinham sido feitas, a discussão está gravada, o encaminhamento dado pelo Estado  
579 teve a corroboração de alguns secretários, a exemplo do secretário de saúde de Salvador que entendera esse aspecto de que  
580 tinham que estabelecer protocolo e fluxo. E o Estado, no intuito de não prejudicar os municípios, tinham colocado de forma  
581 bem clara que eles pactuariam a resolução CIB, estabelecendo que todos os municípios que pleiteassem convênios, se  
582 antecipassem ao problema e fizessem a requisição da resolução CIB, para quando o Ministério a exigisse, eles já tivessem em  
583 mãos. Que ficasse bem claro que não tinha havido nenhuma discussão e deliberação de não mais se aprovar resolução *ad*  
584 *referendum*, as reuniões são gravadas e poderiam dirimir qualquer dúvida na gravação. **Stela Souza** falou que compreendia,  
585 mas achava que esse debate teria que continuar, nem que a pauta se restringisse, para definirem de uma vez por todas,  
586 porque havia um entendimento deles, COSEMS, que fazem *ad referendum* para beneficiar os municípios e o Estado, e olhando  
587 assim normalmente estava meio a meio, o Estado também manda as necessidades que precisam e eles sempre  
588 acompanhando. Ela, Stela Souza, coordenadora adjunta da CIB, assinava com o Secretário e depois da fala de Ivonildo  
589 Dourado, quem colocaria seu nome seria ela, repetiria o que tinha falado, não se sentia à vontade, porque prestação de conta  
590 não se faz só de convênios e ele tinha levado o tema para prestação de conta. Construir uma CPN teria que prestar conta do  
591 mesmo jeito que o convênio, qual a diferença de convênio para fundo a fundo? Para tudo no SUS eles, gestores, tinham que  
592 prestar conta, se não podia convênio não podia mais nada, e diria mais - e que ficasse gravado em Ata - o Conselho Estadual  
593 está cobrando as aprovações de resoluções *ad referendum* da CIB. Mesmo como representante do COSEMS, não assinaria  
594 nenhuma resolução *ad referendum* a não ser que houvesse resolução da CIB autorizando assinar, e hoje só tendo a resolução  
595 de dezembro de 2015 que autoriza *ad referendum* para emenda parlamentar, não tendo nenhum outro instrumento ou  
596 resolução autorizando assinar qualquer outro documento. Ou eles confirmavam que assinariam *ad referendum* e nunca se  
597 assinara, como a de agora, da questão cardíaca, tendo sido feito um estudo pela área técnica, comprovado, e o Estado tinha  
598 passado para eles assinarem, porque não tinha caído de pára-queadas, e nenhuma resolução CIB é assinada sem ter critérios,  
599 estudos e comprovação. Para assinar qualquer resolução *ad referendum* o COSEMS coloca a necessidade de autorização da  
600 CIB para isso, e para não poder convênio, qual a diferença, se tudo é recurso para ser executado no município ou no Estado, e  
601 tudo tendo que ter prestação de conta? Colocou que se tinha sido comentado pelo Secretário de Salvador, o próprio gestor  
602 diria, que a CIB aprova a implantação de um serviço novo *ad referendum*, aprova qualquer outra coisa, mas ter aprovado o  
603 convênio do município e este perder o seu recurso, como eles responderiam aos municípios? E pediu ajuda aos membros do  
604 COSEMS e da CIB se estava errada nessa colocação e se concordavam que é 'tudo ou nada'. E assinarem *ad referendum*  
605 teria critérios para isso, ninguém assinava uma resolução sem ter estudos. Na noite de 30 de julho, em que tinham assinado a  
606 resolução do teto de cirurgias eletivas, ela colocara para todos os membros que era para não perderem o prazo. Se eles não  
607 tivessem autonomia para fazerem essas coisas aconteceria de algum convênio de algum município atendendo a todos os  
608 critérios ser perdido, como José Antônio Rodrigues colocara no início da reunião, que o Ministério primeiro exige tudo, e só  
609 pede a resolução por último. Então já tinha havido um estudo, uma avaliação, o Ministério não pede uma resolução sem o  
610 município ter atendido todos os critérios, a última coisa é a resolução, só que pede determinando prazo curto, do tipo, se não  
611 mandar até amanhã, e se de tarde não estivesse lá, o município perdia, cancelavam o empenho. Ela, do COSEMS, não  
612 assumiria essa responsabilidade, ou eles faziam com tudo ou não faziam com nada, porque tratar a mesma necessidade de  
613 forma diferente só pela palavra 'convênio', não a convencia. **Ivonildo Dourado** explicou que o Estado quer se antecipar ao  
614 problema, tinha sido colocado na sua fala anteriormente sobre convênios envolvendo apenas ampliação e implantação de  
615 serviços de abrangência regional, estabelecendo dentro de critérios, se fosse o caso reunissem e estabelecessem critérios e  
616 negociassem, em momento colocara aqui situação específica, exemplos tinham sido dados com relação à discussão, era  
617 diferente de se trazer uma pauta aqui, como a da rede cegonha, que todos critérios tinham sido já definidos, inclusive  
618 municípios com projetos empenhados e não pagos, tudo estabelecido. O que estava querendo colocar aqui era não se aprovar  
619 convênios sem terem conhecimento do teor do convênio, para não aprovarem coisas absurdas, e citou exemplos de hospitais  
620 que não têm 20% de capacidade instalada, pleiteando ampliação de leitos, então eles não tinham recursos. **Stela Souza**  
621 alegou que passa pela área técnica, apenas emenda não passa, então poderia sair *ad referendum*. **Ivonildo Dourado**  
622 discorreu, se passasse pela área técnica e tivesse o crivo da área técnica, eles aprovariam, o que ele estava querendo dizer  
623 desde o início era isso, que se estabelecessem critérios, se o *ad referendum* viesse de um convênio para essa CIB, com crivo  
624 da DAE, DGC, SUREGS não haveria discussão. **Stela Souza** ponderou que *ad referendum* só vem depois da área técnica,  
625 mas ele tinha colocado que *ad referendum* de convênio, isso não podia, estava gravado. **Ivonildo Dourado** explicou que ele  
626 tinha colocado 'dentro de critério estabelecido e da pertinência do pleito do convênio', se a DAE, DGC, SUREGS, SAIS desse o  
627 crivo e dissesse que o pleito do convênio é pertinente, não havia discussão nenhuma. O Estado dissera justamente isso, o que  
628 não dava era aprovar 'no escuro', chegar hoje, aprovar amanhã, sem haver uma apreciação das áreas técnicas, isso que

629 colocara aqui. **Stela Souza** colocou que as *ad referendum* por ela acabavam, não assumiria, o Estado estava assumindo uma  
630 posição. **José Antônio Rodrigues** ajustou que deveriam discutir externamente e não levar para a CIB, porque estava claro  
631 que não havia consenso. **Ivonildo Dourado** questionou porque já estava encaminhado para discutir e pactuar e **José Antônio**  
632 **Rodrigues** reiterou sua sugestão que criasse uma pactuação, que essas situações aconteciam, talvez não acontecesse com  
633 Salvador e com o Estado, que têm departamento de convênio, às vezes o município pede tudo dentro de determinada situação  
634 e ao chegar lá, têm que mudar para equipamentos, porque o mesmo não tem perna para fazer a obra, que às vezes já tinha  
635 sido previamente aprovada, então eles tinham que ter uma válvula de escape para os municípios de pequeno porte poderem  
636 sair disso. Entretanto, pontualmente, eles teriam que discutir isso antes, porque não conseguiriam chegar ao equilíbrio.  
637 **Ivonildo Dourado** colocou que não tinha discussão depois da fala de Stela Souza, e se tivesse aval das áreas técnicas, ok.  
638 **José Antônio Rodrigues** falou que, em defesa de Stela Souza, não se lembrava em nenhum momento de algo que afetasse  
639 os municípios sem que Stela Souza não tivesse democratizado com todos os membros da CIB, inclusive com os suplentes,  
640 para terem consenso com o Estado, então ela sempre tinha primado com muita correção nessas coisas. **Ivonildo Dourado**  
641 explicou que a fala de Stela Souza no final somava à sua fala, porque ela falara a respeito das áreas técnicas e **José Antônio**  
642 **Rodrigues** pediu para passar para outro ponto, por não haver consenso, pararem, discutirem e avançarem na pauta. **Stela**  
643 **Souza** colocou que voltariam para a Pauta, suspenso da parte dela as *ad referendum* até que discutissem e resolvessem como  
644 fazer. **Odilon Rocha** falou que, enquanto eles discutem as crianças estão morrendo e as maternidades, os donos dos hospitais  
645 fazem o que querem com o serviço de regulação e achava que isso era muito pequeno. Outra coisa, quando o Estado quer  
646 colocar em qualquer lugar, não comunica, faz o convênio e o que quer. O deputado também quer colocar seu convênio onde  
647 ele quer, por achar fora eleito para isso, então era uma discussão que passaria daqui, melhor encerrar e ao se falar da rede  
648 cegonha, notificar que no período da rede, tinha sido falado de Valença, sendo importante que cada gestor aqui entendesse a  
649 situação de Valença, querendo devolver a CPM depois de ter absorvido todos os recursos do SUS, passando o problema para  
650 o SUS, porque hoje aparentemente não tem nenhuma unidade para suprir a falta de Valença. A Santa Casa sendo  
651 eternamente beneficiada pelo governo federal e estadual e não podiam ficar forçando o SUS, tinham de ter uma posição  
652 contrária a esse tipo de coisa. Santo Antônio de Jesus, outra maternidade que fica chantageando os municípios, querendo  
653 dinheiro, precisavam ter uma posição firme. O Secretário de Santo Antônio de Jesus, aqui presente, podia dar um exemplo das  
654 chantagens feitas pela Santa Casa e precisavam tentar resolver essas situações do dia a dia deles. O que Ivonildo Dourado  
655 falara era importante, mas antigamente quando se ia fazer qualquer coisa, se fazia uma carta ao gestor estadual, perguntando  
656 se o gestor permitia o que o município estava com interesse de fazer uma casa de parto, naquele tempo os gestores eram  
657 respeitados, hoje em dia não tem mais respeito com nenhum gestor. **Adil Duarte**, para não aumentar a polêmica, achou que o  
658 tema tinha ficado esclarecido para ele, que Ivonildo Dourado tentara especificar uma situação, mas isso não inviabilizava  
659 situações já bem definidas e caracterizadas, e entendia também que Stela Souza não tivesse entendido dessa forma, ficando  
660 aquela situação de ser 'oito ou oitenta', se isso gerava algum tipo de fragilidade, ela precisava ficar confortável e não mais  
661 concordar com o *ad referendum* até que isso fosse mais especificado e esclarecido. Ele tinha entendido perfeitamente, não  
662 havia dificuldade, as coisas mudam, têm que evoluir e modernizar, e mesmo situações às vezes consensuadas ao longo do  
663 tempo, se observava que precisam ser melhoradas isso devia ser apontado. E entendia a observação de Ivonildo Dourado  
664 dessa forma, mas se isso tinha gerado de fato essa fragilidade nas atitudes, ele achava que deveria ser discutida, aprofundada  
665 e deviam continuar a reunião, independentemente, infelizmente, do prejuízo que isso pudesse vir a causar. Afinal de contas,  
666 como tinha sido dito, está tudo gravado, as exposições tinham sido bem e fortemente argumentadas, mas precisavam  
667 aprofundar um pouco mais em outros momentos. **Ivonildo Dourado** colocou as proposições para a CIB do grupo condutor de  
668 redes, que tinha discutido e aprovado o fluxo de pacientes oncológicos do magrorregião sul, do oeste, de Vitória da Conquista -  
669 foi aprovado. Informe sobre a mudança de abrangência da oncopediatria da magrorregião sul, do oeste, de Salvador para  
670 Itabuna - aprovado com a mudança da abrangência. Informe sobre a revisão da habilitação dos laboratórios habilitados no  
671 âmbito do Qualicito, monitoramento externo de qualidade MEC: como o Ministério de Saúde ainda está trabalhando no modo  
672 do MEC, fariam a atualização por meio físico, um relatório e fariam um ofício ao Ministério, solicitando seu pronunciamento,  
673 com nota técnica sobre o problema, de forma a esclarecer também ao DENASUS. Informe sobre o credenciamento do SAMU  
674 192: reiterar por ofício da DAE/SAIS para as CIR, a orientação da última CIB sobre a necessidade do encaminhamento dos  
675 termos pelas CIR, com os valores e prazo, sobre pena de ser suspenso o cofinanciamento do SAMU, que é efetivado em  
676 algumas regiões de saúde do Estado. Aprovação da solicitação de habilitação do laboratório bioanálise de Irecê: aprovar os  
677 novos laboratórios, mas a área técnica, junto com o COSEMS, reveria e traria proposta de CIR, restrita a uma devida  
678 população, responsável pelo monitoramento. Rede de atenção ao portador de DRC: atribuições do gestor de saúde na atenção  
679 ao paciente com DRC, implantação do sistema de nefrologia, informe na CIB sobre o estudo realizado pelo grupo técnico que  
680 construiria uma resolução para pactuação na próxima reunião do grupo condutor de rede e na CIB, com os nomes dos  
681 municípios executores, sobre o sistema. Realização de reunião no dia vinte e sete de outubro com os municípios executores,  
682 vinte e oito no total, trinta e dois prestadores, para conhecerem o sistema - manhã com os municípios executores e tarde com  
683 os prestadores e municípios executores. Em novembro Salvador seria piloto na atualização do sistema e os prestadores  
684 cadastrariam no Sistema os pacientes e a partir de dezembro começariam com os demais municípios. O convite para a reunião  
685 seria pela SESAB e pelo COSEMS. Solicitação junto ao Ministério da Saúde de aumento de teto financeiro do Hospital  
686 Aristides Maltez: elaborar nota técnica do grupo técnico de oncologia e submeter à próxima reunião do Grupo condutor de  
687 redes, essa discussão fora extensa e chegando a esse entendimento. Convocatória do Ministério Público para discussão sobre  
688 a rede de oncologia: necessidade de participação de membros do COSEMS e Estado para tratar da rede de oncologia no  
689 Estado da Bahia. Essa convocação sendo do Ministério Público Federal, da Procuradoria Geral da República aqui no Estado  
690 da Bahia, e a reunião no dia vinte pela manhã. Proposta de obra de convênio do município para obra de ambiência: isso já fora  
691 colocado aqui, construção junto ao Ministério, critérios estabelecidos para liberação das propostas a saber, obra aprovada em  
692 14 (???) sem terem sido empenhadas repetiria basicamente o que Livia Moura e Manuel Miranda tinham colocado, obra  
693 aprovada por plano de ação da rede cegonha, obra de serviço com maior número de parto, municípios que cadastram proposta  
694 e tendo se manifestado até o momento, Luis Eduardo Magalhães. Itaberada sem plano de ação e regional porque não tinha  
695 feito anteriormente, mas o mesmo já está sendo ajustado por orientação da área técnica e da CIR. Barreiras com elevado o

696 número de partos. E Feira de Santana ajustando o plano de ação regional. Encaminhamentos do grupo condutor de redes:  
697 revisar plano de ação da rede cegonha nas regiões sem plano de ação - seria dado um suporte de apoiadores do COSEMS e  
698 de Manuel Miranda para elaboração e aprovação dos planos nas CIR, devendo posteriormente ser pautados no grupo condutor  
699 de redes e pactuados na CIB. Encaminhamento CIB: aprovar imediatamente por meio de resolução propostas de ambiência e  
700 construção de CPN pelos municípios que já tiverem manifestado interesse à DGC/Coordenação de Ciclo de Vida e Gênero que  
701 atenderem aos critérios estabelecidos pelo Ministério; aprovar resolução *ad referendum* das propostas de obra de ambiência,  
702 construção de CPN dos municípios que tiverem manifestado posteriormente à DGC e atendendo aos critérios - isso já tendo  
703 sido discutido e esclarecido que não se trata de convênio e sim de recurso de programação. **Ana Paula Andrade** saudou a  
704 todos e colocou que tinham pactuado na reunião do COSEMS e só estava trazendo um consolidado das informações que tinha  
705 passado, para os municípios executores observarem, por região de saúde. Cada região observar quais os municípios  
706 executores, suas receptivas unidades e o valor que ficaria para cada município executor. Mostrou na apresentação quem seria  
707 o gestor do recurso, se município ou Estado, trazendo diferentemente da apresentação da manhã, em que trouxera o que cada  
708 município pactua e com quem, ali só trouxera os municípios executores por região, no slide ela tinha colocado uma coluna de  
709 observação do que fora programado e pactuado. Se 100% tinha sido programado na região de saúde. A região de Camaçari e  
710 de Brumado, sem nenhuma diferença de pactuação, tendo uma diferença na região de Guanambi, que não tinha sido  
711 pactuado. Então essa diferença precisava ser definida e o município identificado, se ela não estava enganada tinha sido o  
712 município de Guanambi que não tinha fechado esse valor, por isso que o valor programado estava diferente do pactuado. Na  
713 região de Juazeiro também, tinha ficado um valor de R\$ 9.601,00 que não tinha sido programado. Dos 702, só fora pactuado  
714 na CIR 692, e precisavam fechar o valor. A região de Salvador, com Madre de Deus que também tinha pactuado, apesar de  
715 não ter vindo, mas tinha falado na reunião do COSEMS que ficaria com Salvador, então corrigiriam, mas era interessante ficar  
716 registrado na CIR, para não terem nenhum tipo de problema, já que estão usando todos os documentos oriundos das CIR. A  
717 diferença da tabela da reunião do COSEMS para essa é que na outra mostrava o município encaminhador, e aqui trazendo o  
718 município executor, a distribuição e quanto de recurso ficam cada município, mas a outra apresentação já estava também  
719 aqui com o pessoal do COSEMS e da CIB, que disponibilizavam para todos. Disse que Itajuípe está na gestão estadual e já  
720 começando a fazer cirurgias. E mostrou todos os municípios com comando e que seriam executores, os municípios executores  
721 sob gestão do Estado tinham sido apresentados na reunião do COSEMS. Na região de Teixeira de Freitas tem um saldo de  
722 recurso de R\$4.995,00, precisando fechar do que estava programado e do que fora pactuado, tendo o total dos  
723 R\$12.840.000,00 que tinham sido pactuados e a diferença sendo exatamente de R\$17.000,00 não pactuados e a diferença  
724 entre o programado. A diferença de municípios relacionados a essa CIR que tinham colocado Salvador e estavam liberando o  
725 material de toda a CIR que tinham encaminhado, e quem não tivesse encaminhado precisava encaminhar, dizendo qual a  
726 relação de procedimentos que compreende esses 19 procedimentos que tinham sido encaminhados para Salvador. Alguns já  
727 tinham sinalizado Salvador para gestão estadual ou municipal. Irecê não dissera para que gestão, mas precisavam saber  
728 exatamente quais os procedimentos relacionados aos R\$ 252.000,00, para avaliarem onde esses serviços seriam executados.  
729 Colocou na tela e explicou ser R\$ 12.290.000,00, o recurso que tinha ficado sob gestão municipal (R\$ 7.709.000,00), recurso  
730 sob gestão estadual (R\$ 4.581.000,00), considerando exatamente os municípios sob gestão do Estado, até municípios que são  
731 comando único, mas tendo unidade contratada pelo Estado e o recurso permanecera com o Estado. Observou que avaliariam  
732 a CIR de Cruz das Almas, que Odilon Rocha havia sinalizado que na pactuação não tinha ficado definida por todos os  
733 municípios a gestão estadual. Então para a CIR de Cruz das Almas fariam essa observação para o gestor da execução desse  
734 recurso, os demais sendo o que ela colocara na reunião do COSEMS. Assim, ficaria a resolução CIB com recursos por gestor,  
735 resolução que bateriam o martelo no grupo de trabalho, para definirem, além dos R\$12.000.000,00, os outros recursos, que  
736 são R\$5.600.000,00. *A priori* os municípios que já tinham pactuado, e já com tudo OK, teriam esses recursos que seriam  
737 publicizados em resolução CIB, para execução. Recursos a pactuar, os recursos que tinham ficado definidos para Salvador e  
738 Feira de Santana, sem validação do gestor. As resoluções não trariam os prestadores, trariam os municípios executores e o  
739 valor de cada recurso que ficaria no fundo municipal, eles elencariam os prestadores apenas no 'módulo autorizador', onde a  
740 unidade sinalizaria quais os prestadores que executariam cirurgias eletivas. Explicou na tela onde o recurso estaria alocado e  
741 que ela tinha falado na reunião do COSEMS que Jequié tinha se esquecido de mandar o pactuado na CIR, mas já tinha  
742 chegado a documentação da CIR de Jequié, que trabalhariam, já estavam consolidando os dados de Jequié para colocar aqui,  
743 Jequié não ficaria de fora, mas para esta apresentação ela tinha utilizado todos os dados que já tinham compilado. Explicou  
744 para Odilon Rocha que não aprovaria resolução sem Jequié, os valores que tinham para pactuar sendo os que já estão  
745 estabelecidos, o que tinham aqui era para o município que já está ok. Então a idéia era que no grupo de trabalho já  
746 aprovassem essa resolução CIB, com 100% dos municípios e aqueles que infelizmente ainda tivessem pendência - para não  
747 travar a resolução CIB e não impossibilitar os outros andarem - propunha eles deixarem o recurso no teto da gestão estadual  
748 para, em uma posterior publicação de resolução, eles corrigirem esses valores em pendência. **Stela Souza** perguntou sobre os  
749 municípios que não tinham colocado para Salvador e não tinham definido os procedimentos que são do Estado e que são do  
750 município de Salvador. **Ana Paula Andrade** respondeu que o documento que vem da CIR diz se é estadual ou municipal, só  
751 não mostra quais os procedimentos e precisavam saber. **Stela Souza** colocou como importante ver quais os procedimentos  
752 que tinham colocado para Salvador, para poderem identificar. **Ana Paula Andrade** deu o exemplo do município de Irecê, que  
753 não dissera o que é Estado ou município, eles tinham interrogado, mas já tinham colocado nos municípios que tinham  
754 informado que é Estado ou município. **Stela Souza** falou que o Estado não tem problema, mas o município de Salvador ela  
755 acreditava ser igual os outros polos, por exemplo, colocara na CIR, dentro da CIR tinha ficado mais fácil porque se discutira  
756 internamente, mas quando passava para outra CIR, tinham que discutir se o município colocado lá como executor quer, se  
757 pode e tem condição de executar o caso, por exemplo, de Salvador para onde fora colocada muita coisa, e precisavam saber  
758 se o município teria condições de executar. **Ana Paula Andrade** fez uma observação do Estado, que eles também precisavam  
759 saber que procedimentos são esses, deu exemplo de vitrectomia, tinham feito contrato, alguns tinham sinalizado que teriam  
760 procedimentos de vitrectomia, têm um contrato aqui em Salvador com o único prestador que está fazendo, mas precisavam  
761 abrir que podia ser que tivesse um procedimento que não têm como executar, isso que ela pedira para a equipe entrar em  
762 contato individualmente com cada CIR, pedindo esse *feedback*. **José Antônio Rodrigues**, para exemplificar esse caso, disse

763 que Barreiras já tinha entrado em contato com eles, porque a cirurgia que o município quer é de ortopedia de alta  
764 complexidade, a astroplastia, o Estado não faz, só tendo um prestador na Bahia que faz, o Santa Isabel, que é seu prestador,  
765 estava fechando contrato com o Santa Isabel. **Stela Souza** aclarou que ele precisava saber quanto ia para ele e **José Antônio**  
766 **Rodrigues** respondeu que não tinha esse informe e se dirigiu a Ana Paula Andrade falando que, em relação a cirurgias  
767 eletivas, existe uma diferença e um distanciamento entre o cálculo do valor médio da AIH. O valor médio da AIH das cirurgias  
768 eletivas de Salvador é um valor muito maior e mais significativo e Cristina Ihe sinalizara que, ao tratar com Ana Paula Andrade  
769 na reunião do Cosems, ela não vira essa diferença no cálculo final, sendo importante ela Ihe mandar essa base de cálculo,  
770 porque isso afeta muito o desempenho dos contratos que ele vinha fazendo, apesar dos seus contratos, ótimo terem esse  
771 dinheiro, mas teriam que gastar mais do dobro do valor que ele estava recebendo para executar, principalmente em algumas  
772 especialidades. Então nessa revisão do valor médio da AIH se o valor fosse significativo, como podiam resolver isso? **Ana**  
773 **Paula Andrade** respondeu que o valor médio tinha sido discutido na reunião do COSEMS e discutiriam também no GT e na  
774 análise dos dados trazidos por Salvador não tinham conseguido compatibilizar isso pelo valor médio trazido do tabwin, o valor  
775 que Salvador trouxera no primeiro momento de fato tinha assustado, a diferença de mais de um milhão, daria só para Salvador.  
776 Então isso a tinha preocupado, mas quando ela compatibilizara o que Salvador trouxera como valor médio - que eles  
777 encontram no tabwin como valor médio - a diferença fora de R\$90.000,00. Ainda assim, de fato uma diferença para alguns  
778 procedimentos em função do valor médio do procedimento de alta complexidade, paciente que tivera UTI por exemplo, achava  
779 que tinha sido trinta e cinco ou quarenta mil reais desse valor de noventa mil reais, estava equivalente à diária de UTI, os  
780 restantes provavelmente sendo mesmo OPM que acabavam sendo mais caras do que se considerar o valor do procedimento  
781 principal. Tinha sugerido na reunião do COSEMS, inclusive tinha combinado com Cris e Ihe passado o material, de  
782 compatibilizar o estudo que eles tinham feito e que tinha compatibilizado com o de Salvador, e a diferença que encontrara, que  
783 discutissem isso no GT, porque o que Salvador trouxera como valor médio ela não tinha conseguido identificar no tabwin, que  
784 traz um valor bem inferior ao que Salvador tinha feito, aí podendo ser o que o município pratica. **José Antônio Rodrigues**  
785 falou para eles compatibilizarem e uma vez eles identificando que a diferença é significativa, como podiam mudar? **Ana Paula**  
786 **Andrade** respondeu que na reunião do COSEMS tinha apresentado que o recurso seria gerenciado, a execução seria  
787 regerenciada pelo valor financeiro, então o que aconteceria, se o gestor tem mil cirurgias, e com uma programação de um  
788 milhão e meio de reais, mas se tivesse feito quinhentas cirurgias e já tendo gasto esse recurso, eles nem liberariam faixa  
789 numérica, porque ele já tinha executado 100% do seu recurso, não só o município de Salvador. **José Antônio Rodrigues** citou  
790 que eles ajustariam pelo quantitativo e **Ana Paula Andrade** confirmou, dizendo que ele reduziria o número de procedimentos a  
791 serem executados, porque o sistema de autorização da AIH monitoraria isso, impediria que o município gerasse um déficit de  
792 recursos que provavelmente ele não receberia, o que tinha acontecido historicamente. **José Antônio Rodrigues** disse que  
793 eles precisariam ter uma agilidade nisso, porque quando comessem a chamar os pacientes... e **Ana Paula Andrade**  
794 esclareceu que ele monitoraria pelo próprio sistema, o sistema já Ihe traria isso em tempo real, a cada mês de processamento  
795 ele já teria exatamente o que já tinha de programação e o que ele já tivesse executado porque isso ser sistemático. **José**  
796 **Antônio Rodrigues** clareou que, para cirurgias de alta complexidade, teria que chamar para atualizar todos os exames, criaria  
797 essa expectativa no paciente e depois este teria outra notícia, de que não poderia fazer a cirurgia. **Ana Paula Andrade**  
798 explicou que, se ele já soubesse que dos seus mil pacientes, quinhentos são de alta complexidade e o valor médio estando  
799 superior ao aqui programado, automaticamente ele já saberia que teria uma redução na oferta, ele só ofertaria 50%. O que  
800 para ela não estava posto no estudo que tinham feito, ao compatibilizar isso não era feito. **José Antônio Rodrigues** falou que  
801 entendia, até pelos recursos serem finitos, mas queria entender que todos os secretários aqui que Ihe cobram cirurgias  
802 eletivas, depois que tinham pactuado o físico, se agora eles se sujeitariam a uma limitação. **Ana Paula Andrade** explicou que  
803 os municípios encaminhadores também teriam acesso à sua execução, o gestor do município poderia avaliar quanto tinha sido  
804 de recurso gasto em Salvador, do que Salvador já executara, então esse controle seria todo sistêmico, porque o paciente que  
805 gerara essa demanda de doze milhões de reais é o paciente que ela autorizaria sua AIH. **José Antônio Rodrigues** entendeu  
806 que eles tinham que fazer isso logo, propôs a Stela Souza que fechassem isso ainda nesta semana, para não criarem essa  
807 expectativa, porque as pessoas se deslocam, achava que fora de Boquira que tinham chegado e eles tinham mandado voltar,  
808 enfim tinha gerado notícia até de jornal, uma realidade e ele não teria condição de fazer aquilo dentro da mesma semana, os  
809 pacientes teriam que ser programados para a semana seguinte. Então que pudessem fechar isso nessa semana, para  
810 saberem o quantitativo das pessoas que teriam que chamar para se deslocarem e eles ficarem com uma margem de  
811 segurança. **Ana Paula Andrade** comentou que, se fosse pelo valor médio garantiria, que pelo estudo que tinha feito de  
812 contabilidade de tabwin, e explicou dando exemplo, o Estado paga hoje para fazer uma ortopedia, ela não consegue  
813 contabilizar no sistema, sendo bem superior ao que o sistema Ihe daria de valor médio, o que tinham que compatibilizar, até  
814 mesmo por ser o que o Ministério reembolsaria, por produção, não adiantava ela pegar o que o Estado pratica e não registrar  
815 isso no sistema, o sistema não mostraria isso. Se o sistema estivesse mostrando o valor médio do praticado na AIH mesmo,  
816 isso de fato preocuparia, porque o valor médio seria pago aquilo que fora feito. **José Antônio Rodrigues** falou que preocupava  
817 e era fato, o impacto da cirurgia ortopédica de alta complexidade seria o grande problema da Bahia inteira. **Ana Paula**  
818 **Andrade** falou que era isso que tinha que ficar bem claro para todo mundo, a demanda que representa os doze milhões de  
819 reais é a demanda cadastrada para ortopedia, eles tinham avaliado e não era tão grande, inclusive a proposta inicial que ela  
820 tinha feito, de deixar 50% do recurso para ortopedia, tinha caído por terra ao verem a demanda reprimida cadastrada. **Stela**  
821 **Souza** disse ser uma posição do COSEMS e da SESAB e **José Antônio Rodrigues** propôs avaliarem na sexta-feira,  
822 calcularem o valor médio e eles equalizavam isso, que ele queria ter esse processo de mobilização com antecedência para não  
823 criarem essa expectativa ruim. Outro aspecto que chamava atenção, eles cobravam uma posição a respeito dos pacientes  
824 cadastrados, hoje tinham sido informados que na verdade é o cadastro do cartão SUS, como estava inválido, tinham que limpar  
825 o cadastro, esse dado ela já tinha passado para eles, quais estão inválidos, porque precisariam limpar para realimentar, e às  
826 vezes podia ser paciente que estivesse inválido, por não ser paciente de Salvador. **Ana Paula Andrade** falou que tinha dado  
827 cartão inválido, apenas isso, na reunião do GT tinham sinalizado e no arquivo também estavam passando isso. **José Antônio**  
828 **Rodrigues** falou, para confirmar e constar em ata, que ele tinha entendido que, uma vez limpando esse cadastro, esses  
829 pacientes entrariam para a segunda fase. **Ana Paula Andrade** lembrou que já deveria ter sido feito e incorporado novamente



830 ao sistema, para que ele tivesse já contabilizado o simultâneo financeiro, então precisavam dar celeridade, porque já tinham  
831 feito o corte da segunda fase, dos cinco milhões e seiscentos mil reais, eles tinham cortado e esse arquivo fora disponibilizado  
832 para o município de Salvador. **José Antônio Rodrigues** perguntou quando e **Ana Paula Andrade** respondeu que na reunião  
833 do GT, quando eles tinham apresentado esse primeiro estudo, remontando aos doze milhões de reais, esse arquivo fora  
834 disponibilizado para Cris e Dani, onde eles tinham apresentado uma planilha com todos os pacientes e que estavam ok, e outra  
835 planilha com pacientes que eles não tinham conseguido importar. **José Antônio Rodrigues** disse que, uma vez identificando  
836 esses pacientes, não havia problema de entrar para a segunda fase e **Ana Paula Andrade** respondeu que se tivesse recurso  
837 para poder competir ele teria, mas podia sem nenhum problema fazer, para instalar na lista, mas a orientação tinha sido  
838 exatamente essa, inclusive fora uma das sinalizações que ela fizera no GT, ela achava que Salvador - não tinha certeza - tinha  
839 ficado na média de oitocentos pacientes e que precisava corrigir e ela tinha poderado no COSEMS que deveria ser  
840 contabilizado que tinha sido um erro de contabilidade do cartão. **Stela Souza** pediu licença para Ana Paula Andrade e José  
841 Antônio Rodrigues, já que tinha essa questão da média de AIH, não sabia da sua agenda, mas se José Antônio pudesse ir  
842 para a reunião de alinhamento na sexta-feira à tarde com o GT, que participasse, porque o fechamento disso tudo seria na  
843 sexta-feira, tinham trazido hoje para a CIB porque não dava mais para esperar. Acreditava que nenhum deles conseguiria  
844 executar tudo até 31 de dezembro, tinha demorado demais, eles tinham ido e voltado muitas vezes e isso tinha prejudicado  
845 muito, tinham pouco tempo para executar, então podiam ter certeza que o Estado da Bahia perderia muito desses recursos e  
846 os pacientes não seriam atendidos. Então seria importante fecharem isso na sexta-feira. **José Antônio Rodrigues** comentou  
847 que em dezembro só haveria atividades cirúrgicas até dia 15, só meio mês, eles só tinham quarenta dias. **Stela Souza**  
848 comentou sobre uma questão colocada hoje e não sabia se Ana Paula Andrade tinha passado, sobre os pacientes da lista  
849 única, porque muita gente continua fazendo cirurgia letiva, mas paciente de cirurgia eletiva, a partir de primeiro de setembro,  
850 com a resolução, poderia se usar lá no sistema. Era importante isso ficar claro, que para os pacientes de primeiro de setembro  
851 para cá, que são da lista única, estão lá cadastrados, mas que já tivesse executado a cirurgia eles não poderiam usar essa  
852 faixa do FAEC. Era importante registrarem isso na CIB, para depois não perderem esse recurso, então para quem já tivesse  
853 executado, e citou um município que já tinha executado depois de setembro. Não sabia se Salvador está executando alguma  
854 cirurgia para seus pacientes mesmo, se estivesse na lista e tivesse sido a partir de primeiro de setembro - a resolução tendo  
855 sido de trinta de agosto e publicada em 01 de setembro, então já contando - não poderia receber esse FAEC também. **Odilon**  
856 **Rocha** falou sobre as cataratas voltarem para esse tipo de coisa e no grupo não tinham colocado cataratas, que vêm se  
857 mantendo em mutirões há muito tempo, a demanda reprimida deveria ser menor. E ele não tivera ainda acesso à tabela  
858 norteando esses valores, tinha que ter uma tabela, para a qual não tem resolução, essa tabela tinha ser mostrada em uma  
859 reunião. **Ana Paula Andrade** respondeu que tinha mostrado também na CIB, não tinha saído porque eles não tinham pactuado  
860 valores definitivos e **Odilon Rocha** voltou perguntar se tinha resolução e **Ana Paula Andrade** reiterou que não. **Odilon Rocha**  
861 comentou que o que não estivesse escrito não valia. **Ana Paula Andrade** lembrou que a tabela diferenciada que o Estado  
862 praticaria tinha sido apresentada na CIB de julho, já pactuado em CIB, porque não tinham andado com a publicação da  
863 resolução, até sexta-feira sairia a resolução e a tabela sairia junto. **Odilon Rocha** perguntou, se colocassem no seu município  
864 para fazer cirurgia de Amargosa, se o dinheiro ficaria sob a gestão do estado, e achava isso um absurdo para seu município,  
865 que tem gestão plena, tem o hospital que faria o atendimento, achava que se fosse colocar o recurso no seu município, a  
866 gestão do recurso tinha que ser municipal, não estava falando só de Cruz das Almas e sim de outros municípios, como  
867 Amargosa e Ubaíra, que tinham colocado algum recurso lá, esse recurso tinha que cair na conta do seu município, até para ele  
868 poder devolver esse dinheiro. **Ana Paula Andrade** esclareceu que a definição fora gestora, com a exceção da CIR de Cruz das  
869 Almas, feita pelo whatsapp, todas as outras onde tem escrito estado, o gestor local que tinha definido. **Odilon Rocha**  
870 argumentou que, à exceção do município de Cruz das Almas, o estado podia tirar esses recursos para outros municípios, ou o  
871 recurso entrar no município ou o município não faria a cirurgia, porque ele faria um ofício devolvendo o dinheiro ao estado, à  
872 CIB ou a quem fosse de direito. **Caio Cardoso**, Secretário Municipal de Saúde de Dias D'Ávila, colocou que infelizmente não  
873 pudera participar da reunião do COSEMS, onde tinha sido abordado esse tema e gostaria de entender por que seu município  
874 não fora contemplado, uma vez que isso tinha sido pactuado em reunião na CIR, fora indicada a unidade executora, as  
875 propostas tinham sido cadastradas e não aparecera na planilha. **Ana Paula Andrade** informou que tinha acabado de mostrar o  
876 pactuado para os doze milhões de reais, Dias D'Ávila na CIR de Camaçari, com cento e setenta e três mil reais, sendo cento e  
877 nove mil reais para Mata de São João, e sessenta e três mil reais para Camaçari. Relatou que Camaçari só tinha tido dois  
878 municípios com demanda cadastrada até 21 de agosto, toda demanda a partir dessa data, demandando hoje nove milhões e  
879 fração, cadastrados no sistema. E na sexta-feira, nesse GT instituído, seria discutido como ficaria o recurso, o recurso posterior  
880 ficaria para essa demanda que seria definida no GT, o recurso de nove milhões de reais, onde na verdade só tem cinco  
881 milhões e seiscentos mil reais para executar, sendo o apresentado na reunião do COSEMS. Mostrou um slide onde Dias  
882 D'Ávila já aparece com sessenta e três procedimentos, no valor de quarenta e cinco mil, novecentos e cinquenta e um reais,  
883 essa sendo a demanda cadastrada a partir do dia 22 de agosto, que iria para o rateio de cinco milhões e seiscentos mil reais, o  
884 GT discutiria exatamente o rateio desse valor. **Caio Cardoso** achou que tinha alguma divergência na planilha apresentada,  
885 porque quando enviara para a SUREGS, o cadastro do município é de cento e trinta e dois procedimentos e **Ana Paula**  
886 **Andrade** relatou serem sessenta e três procedimentos exclusivos da Política Nacional de Cirurgias Eletivas e esclareceu que o  
887 sistema está aberto para cadastrar tudo que é cirurgia eletiva e dentro disso tendo duzentos e poucos procedimentos que  
888 fazem parte da Política, os que constam na apresentação e a demanda cadastrada muito superior aos onze mil procedimentos  
889 que constam aqui, só que para cirurgias eletivas referentes à Política Nacional só tinha compreendido estes. **Stela Souza**  
890 acrescentou que a fala de Caio Cardoso é semelhante a de vários secretários, que tinham relatado ter um número diferente do  
891 que aparece na planilha e considerou necessário o esclarecimento do que a portaria diz, os procedimentos que entram no  
892 processo de cirurgias eletivas, tendo alguns procedimentos que não entram, portanto tinham sido filtrados, e questionou se  
893 existia alguma forma de esclarecer melhor aos municípios sobre isso. **Ana Paula Andrade** relatou que tem a demanda que  
894 está cadastrada no módulo 'demanda município', tem a demanda cadastrada no módulo 'cirurgia eletiva', que nem fora  
895 considerada. Se o módulo demanda município já tinha dado nove milhões e ultrapassado, nem pegara o que tem nas cirurgias  
896 eletivas. Lembrou que todo município tem acesso ao sistema e podia identificar toda a demanda cadastrada, mas se

897 disponibilizou a fazer um arquivo único para o COSEMS, de todos os pacientes que estão cadastrados tanto no 'módulo  
 898 cirurgia eletiva' quanto no 'módulo demanda município', onde tem todos os procedimentos cirúrgicos, inclusive o que é alta, o  
 899 que é média, que nem está dentro da Política. **Stela Souza** ponderou que ainda teriam que reunir com o GT para decidir como  
 900 fazer agora, que a liminar tinha caído mesmo, tinham que publicar a resolução, porque os valores e essas questões  
 901 precisavam ser aprovados, então poderiam publicar após fecharem o valor na sexta feira. Reiterou o que tinha ficado decidido  
 902 na reunião da manhã, de que o GT se reuniria na sexta feira para conferir os valores e publicar a resolução aprovada na CIB,  
 903 faltando confirmar apenas os valores que os membros do GT veriam com Ana Paula Andrade e tirar as dúvidas. **Ana Paula**  
 904 **Andrade** informou já estar sendo consolidados todos os arquivos trabalhados e só complementar com essa nova demanda  
 905 que tinha saído agora, a situação de cadastro geral onde não faria nenhum filtro, teria outra planilha com tudo isso para o caso  
 906 de dúvidas. **Stela Souza** fechou o encaminhamento de que o GT conferiria os valores na sexta feira, depois fecharia a  
 907 resolução que seria publicada dentro do que fora definido, do global dos dezoito milhões de reais. Houve consenso. Dando  
 908 prosseguimento, informou que não teria como trazer no momento a pauta dos serviços de Glaucoma, por ter um estudo sendo  
 909 feito, a CIT dera um prazo inicialmente até outubro, depois mudara para novembro, inclusive ela estaria num grupo de trabalho  
 910 no Ministério da Saúde, junto com a SESAB e o CONASS, nos dias 31 de outubro e 24 de novembro, para fecharem isso,  
 911 porque pelo estudo da CIT a Bahia tinha perdido trinta milhões de reais no serviço de glaucoma, então estavam estudando  
 912 para apresentar novos critérios óbvios que a literatura aponta, para fazerem uma contraproposta e verem como ficaria. Em  
 913 seguida passou para o próximo ponto de pauta: 4. GASEC: 4.1 Alteração do Regimento da Comissão de Co-Gestão da Região  
 914 Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia – CRIE: **Adil Duarte**, Subsecretário de Saúde,  
 915 informou que a CRIE é uma Comissão de Regulação Interestadual que envolve Pernambuco e Bahia, sendo três municípios do  
 916 lado da Bahia - Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso, e três do lado de Pernambuco - Petrolina, Ouricuri e Salgueiro.  
 917 Relatou que esse regimento fora discutido pela composição desta Comissão de Regulação, mas para ser validado era preciso  
 918 passar pela CIB da Bahia e pela CIB de Pernambuco. O regimento já existe há mais tempo e tinham sido sugeridas apenas  
 919 algumas modificações apresentadas em slides: "CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO Art. 2º A CRIE é constituída, por  
 920 representação do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados da Bahia e de Pernambuco e das Secretarias  
 921 Municipais de Saúde de Juazeiro/BA, Petrolina/PE, Paulo Afonso/BA, Senhor do Bonfim/BA, Ouricuri/PE, Salgueiro/PE,  
 922 membros eleitos das CIR da IV Macrorregião/PE e da Macro Norte/BA, Representante da UNIVASF, Gerente Regional de  
 923 Saúde da VII/ Salgueiro, Gerente Regional de Saúde da VIII/ Petrolina, Gerente Regional de Saúde da IX/ Ouricuri,  
 924 Coordenador do Núcleo Regional de Saúde da Macro Norte da Bahia. CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO Art. 8º O Plenário  
 925 da CRIE reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, em casos de apreciação de matérias  
 926 urgentes em saúde pública, sendo convocado pelo coordenador. Parágrafo único - A coordenação da CRIE será pelos Estados  
 927 e alternada anualmente. Art. 9º A CT-CRIE assessorará o Plenário e terá a função de subsidiar tecnicamente os processos de  
 928 pactuação. § 1º A CT-CRIE será constituída por 12 (doze) representantes, sendo: Representante da Secretaria Estadual de  
 929 Saúde de Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Central de Regulação Interestadual de Leitões (CRIL),  
 930 Secretaria Municipal de Petrolina/PE; Secretaria Municipal de Juazeiro/BA, Secretaria Municipal de Paulo Afonso/ BA,  
 931 Secretaria Municipal de Senhor do Bonfim/ BA, UNIVASF, VII Regional de Saúde/PE, VIII Regional de Saúde/PE, IX Regional  
 932 de Saúde/PE e Núcleo Regional de Saúde da Macro Norte/BA." Ressaltou que as modificações são pontuais, não alterando o  
 933 regimento como um todo, pois o mesmo tem muito mais capítulos do que os apresentados e interessando principalmente ao  
 934 pessoal da Bahia que está na macrorregião norte. **Stela Souza** afirmou não se lembrar do regimento anterior, mas achava que  
 935 tinha representante do COSEMS na CRIE e ponderou que, se não tem, deveria ter, porque na hora que chamam para as  
 936 discussões e para as reuniões, convidam o COSEMS, que às vezes ela fica numa situação difícil por não fazer parte do  
 937 processo, por não estar lá discutindo, só as duas regiões discutindo e toda hora recebia chamamento para participar da  
 938 discussão do PEBA. Então não entendia como não tem representação dos COSEMS de Pernambuco e Bahia. **Adil Duarte**  
 939 considerou bastante oportuna a colocação de Stela Souza e **Stela Souza**, colocou a proposta de levar para ser aprovado na  
 940 CRIE a representação do COSEMS nesta Comissão e aprovar as alterações do regimento como estava e remeter para a  
 941 próxima reunião. O **Secretário de Saúde de Santo Antônio de Jesus** discutiu a situação da Santa Casa de Misericórdia Luis  
 942 Argolo, quanto à execução do seu contrato e solicitou avaliação deste pela SESAB, junto à Secretaria Municipal de Santo  
 943 Antônio de Jesus, para definirem o apoio financeiro à Santa Casa. **Stela Souza** reiterou a necessidade de avaliação pela  
 944 Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus e pela SUREGS. Em seguida, a Coordenadora Adjunta agradeceu a  
 945 presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a próxima reunião para o dia 23 de novembro de 2017, às 14  
 946 horas. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde  
 947 Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo (Andressa Ferreira, Michele Martins, Naiara Brandão e Silvana Salume), eu,  
 948 Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros,  
 949 após lida e aprovada. Salvador, 18 de outubro de 2017.

950 Adil José Duarte Filho \_\_\_\_\_  
 951 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
 952 Suplente: Hassan Iossef \_\_\_\_\_  
 953 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
 954 Suplente: Alexandre dos Santos Miranda \_\_\_\_\_  
 955 Suplente: Maria Alcina Romero Boulosa \_\_\_\_\_  
 956 Ana Paula Dias de Santana Andrade \_\_\_\_\_  
 957 Suplente: José Cristiano Sóster \_\_\_\_\_  
 958 José Antônio Rodrigues Alves \_\_\_\_\_  
 959 Maria Rosania de Souza Rabelo \_\_\_\_\_  
 960 Suplente: Luiz Pinho Resende \_\_\_\_\_  
 961 Odilon Cunha Rocha \_\_\_\_\_