

Aos vinte dias do mês de novembro do ano dois mil e dezessete, no Auditório da Secretaria de Educação do Estado da Bahia, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas Boas Pinto – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Assessor do Gasec, Ana Paula Dias de Santana Andrade, Superintendente da SUREGS, Rívia Mary de Barros, Superintendente da SUVISA, José Antônio Rodrigues Alves, Secretário de Saúde de Salvador, Odilon Rocha, Secretário de Saúde de São Félix, e dos suplentes: Alexandre dos Santos Miranda, Diretor da Gestão Direta da Rede Própria da SESAB, Maria Alcina Romero, Superintendente da SAIS, José Cristiano Sóster, Diretor da Atenção Básica e Maria Rosânia de Souza Rabelo, Secretária de Saúde de Madre de Deus. Às 14 horas e 15 minutos, havendo número legal, **Stela Souza** declarou aberta a sessão, informando que a Ata da 252ª Reunião Ordinária seria encaminhada posteriormente por e-mail aos membros da CIB, para sua aprovação na próxima reunião. Na sequência passou a palavra para Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB, efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. Antes da leitura, **Nanci Salles** lembrou que hoje é o dia da Consciência Negra e citou uma fala usada no Conselho Estadual de Saúde sobre a importância de buscar a igualdade para todos, principalmente no âmbito das instituições da saúde, a luta contra o racismo institucional e a valorização cada vez maior da População Negra e de fato, ao longo da história, vem se buscando fazer reparações, e mesmo com todo movimento que vem sendo feito, ainda se fazia necessária uma grande mobilização social e institucional para que de fato fosse reparado esse grande déficit de importância e de valorização dessa população. **Stela Souza** colocou que o COSEMS também comemora este dia, os avanços e discussões, relatando que através do coordenador de apoio, Manoel Miranda, já tinha havido uma conversa na semana passada com a equipe da SESAB, que trabalha com saúde da população negra e o COSEMS já tendo agendado nova reunião para os próximos quinze dias, a fim de fazer uma discussão mais próxima dos municípios, com relação à saúde da população negra no estado, inclusive reforçando o convite aos secretários para participarem desse processo. Em seguida **Nanci Salles** seguiu com a leitura dos **Informes: 1.1 A Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAE: Necessidade da solicitação formal de renovação da habilitação das unidades de assistência de alta complexidade em Nefrologia, no âmbito da Portaria GM/MS nº 389/2014. Alcina Romero Romero**, Superintendente da SAIS, esclareceu tratar-se do que já vinha sendo solicitado através de ofício aos municípios executores, quanto aos serviços de hemodiálise, que sensibilizassem os prestadores e discutissem na CIR a nova abrangência e os requisitos para a nova habilitação no âmbito da portaria vigente, porque ainda estão habilitados na portaria antiga. **Nanci Salles** seguiu com a leitura dos **Informes: 2. Foi publicada a seguinte Resolução ad referendum:**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
195/2017	31/10/2017	Aprova <i>ad referendum</i> o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e municípios a partir da COMPETÊNCIA OUTUBRO/2017.

Em 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 II, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador Físico (20h), 01 Psicólogo (30h) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Ajustina	Alagoinhas
	01 NASF Tipo II, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Educador Físico (20h), 02 Psicólogos (20h cada) e 01 Médico Gineco Obstetra (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Itapitanga	Itabuna
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Educador Físico (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Psicólogo (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Itapé	Itabuna
	Alteração de composição de Equipes de NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Enfermeiro Sanitarista (40h), 01 Educador Físico (20h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Iraquara	Seabra
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Senhor do Bonfim	Paulo Afonso	Paulo Afonso
	02 ESB, vinculadas às USF Carmelita Cruz e Itacoatiara.	Rodelas	Paulo Afonso
	03 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF do Alto do São Gonçalo, do Centro de Saúde e Bairro do Alto.	Itiúba	Senhor do Bonfim
	02 ESB Modalidade I, vinculadas à ESF de Paranazinho e Trincheira	Mirangaba	Jacobina
	01 ESB Modalidade I, vinculada a ESF Centro de Saúde	Caldeirão Grande	Jacobina
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF de Paranazinho	Mirangaba	Jacobina

32 1.2 Habilitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no município de Itaberaba. **Aprovado. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE**
 33 **GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: Aprovado.**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	HUPES	0003816	15.180.714/0002-87	06 leitos de UTI Adulto Tipo III

34 Dando continuidade à ordem do dia, **Stela Souza** passou para os pontos de Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE
 35 **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DAE e CIR**, relatando que Alcina Romero estivera presente na reunião do
 36 COSEMS pela manhã e as pautas sendo na maioria pontos do Grupo Condutor, já tinham sido discutidas, ficando da seguinte
 37 forma: **1.1 Aprovação da habilitação de Centros de Trauma do Estado da Bahia**: decidido que iria para a próxima CIB, pois o
 38 Grupo Condutor ainda reveria; **1.2 Aprovação das atribuições do Gestor de Saúde na Atenção ao Paciente portador de Doença**
 39 **Renal Crônica: já apresentado na outra CIB, no Grupo Condutor, na reunião com os técnicos, com os municípios**
 40 **executores e os prestadores e na reunião do COSEMS, tendo havido consenso para aprovação;** **1.3 Aprovação do**
 41 **Aditivo ao Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 e a solicitação de habilitação do Hospital do Oeste, em Barreiras,**
 42 **como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com Serviço de Radioterapia, Hospital Regional Doutor Mário Dourado**
 43 **Sobrinho, em Irecê, como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com Serviço de Radioterapia e Hospital Regional**
 44 **Deputado Luis Eduardo Magalhães, em Porto Seguro, como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia:** também discutido
 45 na reunião do COSEMS, sendo lembrado que esta fora uma demanda da CIB passada, e como já estão todos aprovados em
 46 CIR, **também tinha havido consenso para aprovação;** **1.4 Aprovação da implantação do Serviço de Assistência de Alta**
 47 **Complexidade Cardiovascular no Hospital do Oeste, Barreiras, Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho, em Irecê e**
 48 **Hospital Regional Deputado Luis Eduardo Magalhães, em Porto Seguro:** também uma demanda da CIB passada e como já
 49 estavam todos aprovados em CIR, **houve consenso para aprovação.** **Odilon Rocha**, Secretário de Saúde de São Félix, fez
 50 uma ressalva de que em algum momento essas instituições com outros tipos de convênio precisam prestar conta do que estão
 51 realmente fazendo e não fazem o que são obrigados a fazer, então para que não ficassem credenciando vários serviços que
 52 não dão resposta ao SUS, porque não fazem atendimento pleno e o dinheiro parecendo que é uma reserva de mercado, era
 53 necessário se ter uma visão dessas instituições, de como estão perante os outros contratos do SUS. **Cássio Garcia**, Assessor
 54 do GASEC, disse que o Secretário já tinha dado essa notícia há umas três CIB atrás, já tinha prometido, e então tinham
 55 seguido todo o trâmite da CIR, Grupo Condutor, para aprovarem hoje, na linha de fortalecer as regiões com implantação de
 56 oncologia, habilitação de cardiologia, para tentar resolver os problemas. Considerou pertinente a colocação de Odilon Rocha,
 57 lembrando que estes hospitais por si só já estão sobrecarregados, já não estão dando conta, mas que estão sempre
 58 acompanhando estes contratos. **Stela Souza** complementou, na questão de oncologia especificamente, tinha sido cobrado na
 59 reunião do COSEMS e tinha justificado que o COSEMS está terminando o estudo, que já vem desde 2013 discutindo sobre a
 60 execução da oncologia no Estado da Bahia, lembrando que são sete municípios, sendo cinco executores, em dois, o estado
 61 que executa, e em Salvador, o estado e o município. Então, dos quinze serviços, tem cinco municípios executores e tem
 62 também o estado executando, ficando seis no total. Ressaltou que o estudo está sendo concluído para atualizar a execução da
 63 oncologia com esses recursos recebidos, porque ainda há reclamação de alguns gestores quanto ao acesso do paciente com
 64 câncer ao serviço, pois além de ter a dificuldade do diagnóstico, tem ainda a dificuldade do acesso, e assim não dava para não
 65 executarem, como colocara Odilon Rocha. E afirmou que na próxima CIB o COSEMS se comprometera a trazer esse estudo
 66 que está terminando, mas procuraria a área técnica da SESAB para avaliarem juntos e trazerem para discussão na próxima
 67 CIB. **Cássio Garcia** colocou que o GT traria também a demanda do Ministério Público Federal, que é outro grupo ampliado,
 68 com outras instituições, e que também se reunira na semana passada para fazer uma avaliação do que era factível diante dos
 69 questionamentos que o Ministério tinha feito ao estado, aos municípios executores e lá fora colocada toda a dificuldade. Ao se
 70 discutir isso no Grupo Condutor tinha surgido a proposta de um grupo de trabalho para dar alguns encaminhamentos dentro do
 71 possível, que não envolvesse essa questão do financiamento, embora tivessem proposto serem parceiros na busca desse
 72 recurso junto ao Ministério da Saúde, inclusive com a representação do Ministério da Saúde do Estado da Bahia, que presente
 73 no grupo e que estão trabalhando também com a oncologia nesse outro espaço, ou seja, são várias frentes dentro da
 74 oncologia. **Stela Souza** relatou ter recebido um documento de um prestador de Vitória da Conquista e, mesmo sendo
 75 instituição gestora, não podia ignorar ao receber documento de prestador, e tinha agendado para que, no final desta reunião,
 76 conversassem com a Secretária do município, para tentar esclarecer de uma vez por todas sobre a execução da oncologia de
 77 Vitória da Conquista. **Odilon Rocha** manifestou preocupação com o volume de recursos que chega para a rede de reabilitação
 78 e que não é contrapartida de quase nada, e colocou a necessidade de fazer uma discussão dos municípios que recebem
 79 recursos da rede e que não presta atendimento nenhum, e por isso que, quando houvesse qualquer movimentação de FAEC
 80 para MAC, ficariam sem nada, porque alguns municípios recebem dinheiro e não fazem contrapartida de quase nada, não só
 81 na oncologia, na parte de reabilitação é vergonhoso o que alguns municípios recebem de prótese e não repassam a ninguém,
 82 então era preciso incluir esse pessoal na rede de uma maneira muito mais rápida. **Stela Souza** esclareceu que o Grupo
 83 Condutor já vinha discutindo, inclusive com uma reunião sobre LRPD e tinha ficado de retornar, por não ser só órtese e
 84 prótese. Por exemplo, na PPI tinham pegado o recurso semelhante ao que está sendo feito agora com o FAEC, isso tinha que
 85 ficar na memória, porque o gestor novo sequer sabe que o dinheiro que está no município não é apenas para ele, mas sim da
 86 região. Cadeira de rodas, de banho, motorizadas, isso tudo tem problema, principalmente no interior do estado. Relatou que
 87 tinham buscado as resoluções e visto nas portarias anteriores onde esses recursos estão inseridos, o GT estava trazendo isso
 88 para a mesa porque, como colocado por Odilon Rocha, tem município que recebe o recurso desde 2011 sem nunca ter
 89 comprado uma cadeira de rodas, sendo que essa cadeira não é só para ele e sim para a região, por isso estava sendo feito
 90 esse levantamento. Dando prosseguimento à pauta, passou para o ponto de pactuação 1.5 Apresentação da Portaria SAIS nº
 91 12/2017, que aprova os critérios técnicos e protocolo para Acesso ao Suporte Ventilatório/Oxigenoterapia Prolongada: também
 92 apresentado na reunião do COSEMS, **havendo consenso para aprovação**, só ficando o fluxo, que agora sai da DAE e passa
 93 para a SUREGS, então seria interessante mostrar como esse novo fluxo, mas como Ana Paula Andrade ainda não tinha
 94 chegado, ficava pendente esse ponto, aguardando os esclarecimentos. **1.6 Alteração na Resolução CIB nº 124/2016, referente**
 95 **à estimativa de pacientes com DRC estágio V dialítico de 0,048 para 0,075:** também fora apresentado por Alcina Romero na

reunião do COSEMS, que explicara tratar-se apenas do pouco da ampliação de vagas para melhorar acesso, **sendo havido**
101 **consenso para aprovação.** Assim, finalizada a pauta de Pactuação **1. SAIS/DAB/DAE e CIR**, ficando pendente apenas a
102 aprovação do item **1.5**, aguardando a apresentação do fluxo por Ana Paula Andrade. Em seguida passou para o próximo
103 ponto de Pactuação: 2. GASEC/COPRI: 2.1 Devolução provisória ao município de Ilhéus do repasse ao FESBA do teto
104 financeiro federal de média e alta complexidade (MAC) do município de Ilhéus. **Cássio Garcia** colocou que na verdade a pauta
105 não era somente isso e na oportunidade já traria o perfil do Hospital Costa do Cacau que seria inaugurado no dia 15 de
106 dezembro e também o perfil que seria dado ao Luiz Viana. Relatou sobre reuniões nos últimos três meses especificamente
107 com o município de Ilhéus, sem levar ainda para a CIR pela necessidade de fazer ajustes no perfil e como seria isso dentro da
108 peculiaridade de Ilhéus, que também tem outros serviços contratualizados, e o principal era um desenho para não provocar a
109 desassistência, por isso seria inaugurado um novo equipamento, o Luiz Viana seria reformado, ficando com um novo perfil. E
110 como o Hospital do Cacau já está pronto para inaugurar dia 15, tinha vindo diretamente para a CIB, Alcina Romero
111 apresentaria e depois seria aberto para discussão. **Alcina Romero** disse que faria um apanhado e que gostaria de já ter ido à
112 CIR de Ilhéus fazer essa apresentação, tanto do Costa do Cacau quanto do novo perfil do Luiz Viana, mas como isso envolvia
113 várias agendas, só na semana passada tinham conseguido alinhar tudo. A reunião da CIR de Ilhéus seria hoje e a DAE iria
114 para lá, mas com a antecipação da CIB tinham resolvido trazer toda a situação da Atenção Obstétrica e Pediátrica da Região
115 de Saúde de Ilhéus para a CIB, mas deveriam ir para a região na próxima semana, inclusive teria uma audiência pública em
116 Ilhéus e se os gestores quisessem poderiam se reunir para ser apresentado mais minuciosamente o perfil das duas unidades.
117 Iniciou a apresentação em slides, informando a previsão de funcionamento do Hospital Costa do Cacau para 15 de dezembro
118 de 1017 e ressaltando que é uma das contrapartidas da SESAB, no âmbito da ferrovia leste-oeste. Este hospital estava
119 previsto desde 2011, tinha atrasado as obras, mas agora seria inaugurado. E mostrou: a Caracterização: Hospital geral de
120 grande porte, de referência regional para procedimentos de média complexidade e macrorregional para a alta complexidade,
121 retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências e integrante da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e da
122 Rede de Atenção Psicossocial. Estruturado para ofertar ações assistenciais de média e alta complexidade, em caráter eletivo e
123 de urgência, com atendimento médico em urgência e emergência clínica, cirúrgica, traumatológica e saúde mental;
124 internação hospitalar nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, além de internação em unidade de terapia intensiva.
125 Esse é o macro perfil da unidade hospitalar, média complexidade e referência regional para os municípios da região de Ilhéus,
126 tudo de alta complexidade e referência para a macrorregião sul. Serviços e Habilitações: porta de entrada hospitalar de
127 urgência – hospital especializado Tipo III, assim que o hospital estivesse funcionando seria solicitado ao Grupo Condutor a
128 alteração, trazendo o recurso da porta de entrada do Luiz Viana, onde está locado hoje, para o Costa do Cacau; Centro de
129 Trauma Tipo II; Serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental; Unidade de
130 assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia – hoje o Luiz Viana já tem esse serviço; Unidade de atenção ao
131 acidente vascular cerebral integral (UAVC-I) seria estendida a implantação desse serviço no Costa do Cacau e em breve seria
132 apresentada essa rede para 2018; Unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular com serviço de cardiologia
133 intervencionista hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Apoio diagnóstico e terapêutico: hemoterapia; anatomia patológica; ECG e
134 eletroencefalograma; teste rápido; radiologia convencional e intervencionista; ultrassonografia, incluindo doppler vascular e
135 ecocardiografia; endoscopia digestiva; cardiologia intervencionista (hemodinâmica); laboratório de análises clínicas e
136 fisioterapia. A previsão de fazer novecentos e sessenta procedimentos/mês e o hospital tem duzentos e setenta leitos divididos
137 pelas especialidades citadas, sendo vinte leitos de UTI. Em relação ao Luiz Viana, ponderou que todos sabiam que hoje a
138 atenção obstétrica da região de Ilhéus é ofertada na Santa Casa Maternidade Santa Helena, que já vem há algum tempo
139 solicitando a suspensão desse tipo de ação nos seus contratos. Hoje tem contrato com o Estado para a gestação de alto risco,
140 UTI Neo e Canguru, que tem dificuldade em ofertar hoje e tem uma parte de contrato com o município de Ilhéus. Com a
141 mudança pela abertura do Costa do Cacau, o melhor para o Luiz Viana seria se tornar um hospital materno infantil, seguindo
142 inclusive a diretriz de que não é bom ter a urgência obstétrica e um serviço de obstetrícia junto com um grande hospital de
143 emergência, porque a emergência sempre termina disputando, a obstetrícia disputa as vagas da porta de entrada da UTI com a
144 urgência, então separariam. Esse hospital deveria ser cedido ao município de Ilhéus, para a implantação do Hospital Materno
145 Infantil de Ilhéus, com leitos de obstetrícia e pediatria. Hospital Geral Luiz Viana Filho – Situação Atual: Novo perfil assistencial,
146 teria a faixa de trinta leitos de obstetrícia, dez de UTI Neonatal, dez de UCI Canguru, dez de UCI Neonatal e cinco de Canguru,
147 e estavam vendo no projeto se cabe um CPN intra-hospitalar de três ou de cinco leitos, com a idéia de cinco leitos, mas
148 podendo a área do Luiz Viana não comportar os requisitos da legislação, para cinco leitos e oito leitos de gestação de alto
149 risco; Necessidade de fechamento da unidade durante 09 meses, a partir da licitação da obra (previsão fevereiro); -
150 Manutenção do serviço de pediatria até início da obra, previsto para fevereiro, no momento o projeto na licitação, depois
151 entraria a licitação da obra, enquanto isso o Hospital Luiz Viana continuaria ofertando a pediatria, e a obstetrícia continuaria na
152 Maternidade Santa Helena, inclusive a Secretária tinha informado que já tinha conseguido a ampliação do contrato da
153 maternidade por mais um ano. Então ao término de um ano, a obstetrícia e a pediatria estariam muito bem estruturados e
154 qualificados na estrutura que hoje é do Luiz Viana; - Os servidores estaduais seriam disponibilizados, uma parte para a
155 Organização Social que ganhara o processo de licitação da gestão do Costa do Cacau, e uma parte para Ilhéus, que deviam
156 manter com a pediatria, serem cedidos temporariamente nas unidades da rede do município e depois que o hospital voltasse a
157 funcionar, eles retornariam para o Luiz Viana. Compromisso do Estado e Município para garantir a assistência pediátrica e
158 obstétrica na região: Cessão do Hospital Geral Luiz Viana Filho para a SMS de Ilhéus; Cessão temporária dos
159 equipamentos para a Maternidade Santa Helena, que já sinaliza há algum tempo a necessidade de incubadora, berço
160 aquecido, para poder fazer uma atenção mais qualificada à obstetrícia, e como encerrava o contrato agora em fevereiro,
161 achou-se que não haveria necessidade de fazer essa cessão para eles, mas com o fechamento do Luiz Viana para adequação
162 e na extensão do contrato seria feita a cessão por um ano e depois, no encerramento, todo esse equipamento passar a cessão
para o município de Ilhéus; - Cessão de profissionais do quadro para o município; - Remanejamento do teto MAC do estado
para o município, com o objetivo de garantir os contratos. Informou que hoje o estado retira do teto de Ilhéus o valor de quatro
milhões, quinhentos e sessenta mil reais/ano, referente ao custeio da média complexidade do Hospital Luiz Viana, porque ele
recebe de incentivo de rede, é carimbado para o hospital, e o estado não pode passar porque é do Luiz Viana e seria solicitado

163 ao Ministério sua transferência para o Costa do Cacau, mas o recurso de média complexidade, o MAC, o estado, entendendo
164 que o município de Ilhéus precisa ser fortalecido, passaria todo o recurso que hoje é retirado do município de Ilhéus para
165 apoiar a Secretaria no contrato, na melhoria do contrato da Maternidade Santa Helena e no credenciamento de um serviço de
166 urgência pediátrica e internação pediátrica, enquanto o hospital se reestrutura. Município: Mantendo o compromisso de que
167 esse credenciamento do serviço de pediatria (urgência e internamento) é para a região de Ilhéus e o contrato da Maternidade
168 Santa Helena, que já é para a região de Ilhéus, assim permanece. Implantação de dois ambulatórios de pediatria, a grande
169 preocupação do estado sendo a baixa cobertura da atenção primária de Ilhéus, enquanto 80% das situações de urgência
170 pediátrica, que são de baixa complexidade poderiam ser resolvidas no nível da atenção primária e por conta da baixa cobertura
171 de Ilhéus essa fora a grande preocupação, como a cobertura é de 17% de atenção primária, a Secretária já está trabalhando
172 na ampliação dessa cobertura, mas enquanto isso garantiria dois ambulatórios, no período de segunda a sexta feira, inclusive
173 alguns médicos pediatras hoje do Luiz Viana já seriam cedidos assim que o hospital fechasse. - Garantir a renovação do
174 contrato com a Maternidade Santa Helena; - Ampliar a cobertura da atenção primária à saúde. Finalizou a apresentação
175 lembrando que a resolução CIB é do remanejamento do teto. **Raul Molina**, Secretário de Saúde de Cabaceiras do Paraguaçu,
176 comentou que os secretários da região estavam querendo tirar dúvidas, então que eles se manifestassem antes dele fazer seu
177 encaminhamento, pois teria um encaminhamento, entendendo da forma que estava sendo colocado, e falou que tem um
178 sistema de monitoramento que poderia ser feito em conjunto com os secretários da região, para cumprimento do contrato, e
179 com isso achava que sanaria uma série de coisas, mas primeiro era preciso ouvir os colegas da região. A Secretária Municipal
180 de Saúde de Ilhéus, **Elizângela Oliveira**, reiterou as colocações de Alcina Romero sobre as discussões da municipalização do
181 Luiz Viana e dos processos do município na adequação do atendimento das pequenas urgências, enquanto o atendimento do
182 Costa do Cacau inicializa em 15 de dezembro. Relatou já terem tido algumas discussões, inclusive tendo levado uma pauta
183 para a CIR, onde tinha traçado o teto mínimo de um valor dessa ampliação e essa nova organização, até porque tinham
184 surgido dúvidas na microrregião de Ilhéus, inclusive sobre a manutenção da pediatria no município e o atendimento da região
185 como um todo. Ressaltou que este é um trabalho árduo, em conjunto, desde então com a SESAB, porque estão reformulando
186 toda uma assistência e modificando para não acontecer desassistência. A Secretária Municipal de Saúde de Una, **Gleiciane**
187 **Hora**, informou que na última reunião da CIR a Secretária de Ilhéus pediu pauta solicitando que o município pudesse fazer a
188 gestão do recurso de pediatria e houve consenso sendo aprovado à unanimidade. Relatou que na sequência tinha acontecido
189 uma divulgação em redes sociais de que o Luiz Viana ficaria fechado para reforma por um ano, o que causara um grande
190 questionamento no grupo da CIR, devido à ansiedade gerada por não se saber para onde seria enviada a referência de
191 pediatria. Observou que, quando Alcina Romero tinha colocado que a SMS de Ilhéus manteria pediatras de segunda a sexta
192 feira, acesso ao serviço de pediatria, questionou se seria também para atender aos municípios circunvizinhos de Ilhéus e
193 também como ficaria sábado e domingo, porque criança não tem dia nem hora para adoecer. Colocou ainda que a reunião que
194 haveria hoje na CIR seria uma extraordinária para discutir exatamente esta pauta e lembrou que a Resolução CIB diz que
195 qualquer recurso que está no estado para ser remanejado, precisa passar pela CIR e não tinha passado, assim, gostaria de
196 saber se esse recurso é aquele de cooperação técnica, se tinha tido algum estudo financeiro, se teria mudança de valor, ou
197 seja, como tinha se dado tudo isso, já que não fora discutido na CIR, afirmando que todos estes questionamentos são do grupo
198 dos gestores daquela rede, não só da CIR de Ilhéus como também de Itabuna, que tem serviço referenciado. Questionou
199 também porque o estado não ficava com essa gestão da pediatria até o município de Ilhéus se estruturar na atenção básica e
200 ter de fato condição de assumir esse serviço de referência de pediatria, pois já estão sofrendo muito nos municípios da região
201 sul, que estão literalmente sem conseguir uma ressonância magnética e nenhum exame de alta complexidade pactuado com o
202 município de Ilhéus. Informou ter sido judicializada com nove ações de ressonância magnética, todas de crânio, e questionou
203 se sobrecarregaria Ilhéus com mais um serviço, sendo que já não estão tendo acesso aos serviços pactuados na PPI, que
204 tinha começado lá em 2008, pactuado em 2010 e continuavam sofrendo. Alcina Romero esclareceu que já tinha ocorrido a
205 idéia de o estado fazer o credenciamento do serviço de pediatria de Ilhéus, mas continuavam acreditando que o município
206 deveria ter condição de fazer isso, um município com comando e, por mais que se quisesse não se conseguia fazer a gestão
207 daqui, do que está acontecendo no município, principalmente num serviço de urgência pediátrica. Então a Secretária diz que
208 tem condição, assumindo esse compromisso e era preciso dar um voto de confiança. Ponderou que não seria nada demais o
209 estado fazer os credenciamentos, mas seria preciso justificar à PGE porque fazer um credenciamento de pediatria em
210 município que tem comando, mas isso se o município não quisesse assumir e o município preferira assumir, então não tinha
211 como ter esse embate. Com relação à maternidade, o estado já tinha um contrato com a Santa Casa, o município também já
212 tinha um contrato com a Santa Casa de obstetria, ficando assim um serviço com dois donos, então ou o município assumiria
213 o contrato ou o estado assumiria o contrato todo, mas o município já faz um incentivo pela porta aberta da maternidade, então
214 o município faz um pedaço, o estado faz outro, o outro sendo por dentro do IAC federal. E a Secretária tem entendimento do
215 financiamento, da situação, o prefeito estivera várias vezes na SESAB e não havia argumento para dizer que não, que o
216 estado tomava conta. Esclareceu que o compromisso do ambulatório é para a região toda, inclusive com a utilização de cinco
217 ou seis pediatras que eram do Luiz Viana, a outra questão, de sábado e domingo, por isso o credenciamento de um serviço,
218 além dos ambulatórios, tem um serviço a ser credenciado para urgência e internação 24 horas, fora o identificado como o que
219 poderia ser o melhor nesse momento e esperava muita compreensão nessa fase de transição por não ser fácil. **Stela Souza**
220 colocou que todos os secretários estavam entendendo e o que estava sendo colocada pela região, toda a CIR conhece como
221 os municípios funcionam, essa particularmente é uma CIR extremamente ativa, que participa, discute, então era muito
222 importante levar para a região e colocar tudo, era direito do gestor solicitar, primeiro, que ele tem comando único, o município
223 tem direito por lei de solicitar e dizer que não quer o recurso da sua região que está sob o comando do município no teto do
224 estado, que quer no teto do município, mas para isso tinha que ter compromisso e compromisso se assume na CIR. Ponderou
225 que devido à urgência e à necessidade de resolver, não fora passado pelos municípios da região na CIR e sim no COSEMS,
226 então o COSEMS estava trazendo a fala dos gestores, não custava nada preparar, mostrar como ficaria e se tem direito de
227 levar, a CIR apoiaria, inclusive já tinha visto essa CIR colocar os prestadores em reunião e apertar o cinto mesmo, então dava
228 para negociar internamente, não tinha porque impedir o repasse do recurso para o município, mas o compromisso é com a
229 região. Na oportunidade mencionou uma reunião na semana passada com o Secretário da Saúde do Estado, colocando que a

230 implantação do Hospital Costa do Cacau é um grande benefício para a região, mas os secretários precisam se apropriar sobre
231 esse equipamento, como funcionaria, então já tinha ficado agendada uma reunião com o Secretário da Saúde do Estado para
232 o dia 14, possivelmente com sua equipe técnica e os secretários das regiões de Ilhéus e Itabuna, pois uma gama de municípios
233 utiliza o Luiz Viana e que passaria a usar o Costa do Cacau, então haveria essa reunião e uma visita dirigida ao hospital, os
234 secretários conheceriam antes mesmo da inauguração, esta tinha sido uma solicitação do COSEMS, atendida pelo Secretário.
235 Colocou a necessidade de fazer o mesmo com o hospital de Seabra, pois os secretários precisam conhecer o que está
236 chegando em sua região e ponderou que o Costa do Cacau viera para atender uma grande demanda da região. **Odilon Rocha**
237 considerou satisfatória a fala de Stela Souza, porque a própria Alcina Romero ao dizer que não era pactuação e depois tinha
238 terminado em pactuação, na realidade tinha afirmado que seria dissenso automático, por achar que essa discussão deveria ter
239 sido na CIR primeiro, e não se sentia de maneira nenhuma em condições de avaliar essa questão sem ouvir os municípios, que
240 têm desconfiança, o que é normal e realmente necessário ver o que vinha acontecendo. Assim, considerou extremamente
241 lúcida a decisão de Stela Souza, de encaminhar essa discussão para o ambiente deles e que eles trouxessem a decisão que
242 seria referendada nesta CIB. **Raul Molina** chamou atenção para não se transformar a CIB na CIR de Ilhéus e considerou
243 necessário se tomar uma medida de emergência. Colocou que, como pediatra, não poderia deixar passar a necessidade de
244 referendar a garantia do atendimento e do acesso, inclusive no fim de semana. Relatou que não teria problema desde que
245 fosse referendado pela CIB, já autorizavam aqui. Stela Souza colocou que até o dia 25 ela e o Secretário assinariam o teto
246 para a próxima competência, portanto se até o dia 25 não assinassem, e só poderiam assinar se tivesse resolução CIB, se não
247 tivesse continuaria o recurso no teto do estado, o Ministério só mudaria se tivesse Resolução CIB. **Cássio Garcia** ressaltou
248 que sempre tinham sido priorizadas as discussões nas CIR, mas a Secretária deixara bem claro que não aguentava mais vir a
249 Salvador, o prefeito também estivera numa discussão mais ampliada com outras áreas do Governo, e até acharem esse
250 formato para levar com propriedade para a CIR, depois tinha voltado a ser discutido no âmbito do estado, tivera que retornar a
251 discussão pela dificuldade de se encontrar o formato, uma hora poderia ter sido o estado que fizesse o credenciamento, mas
252 quando se vira o tempo que levaria para se fazer um credenciamento pelo estado, tinham muito mais morosidade do que o
253 município. Concordou com Raul Molina que não podiam fazer da CIB uma discussão somente de determinada região, mas
254 como tinha uma CIR hoje e tinha sido difícil desmobilizada devido à relevância da pauta, e pelo tempo exíguo para darem
255 encaminhamento, tinha sido se decidido trazer para a CIB, inclusive a CIB estava agendada para o dia 23, e hoje estava
256 marcado para fazer essa apresentação de forma mais madura na CIR, teriam o tempo, não dava para ter as duas hoje. Então
257 tinha sido resolvido trazer para a CIB e iniciar a discussão, até para ganharem tempo, com uma visão ampliada sobre o
258 assunto, por ter também outras regiões envolvidas como Itabuna, Valença, então estavam trazendo para a CIB, o fórum que
259 está acima de tudo isso, por isso que tinha vindo direto. Ponderou que a intenção não tinha sido pular etapas, realmente não
260 tinha sido discutido na CIR, mas não tinham tido o tempo e a profundidade para isso, se tinha ficado dessa forma tinha sido
261 porque não tinha uma resolução fácil, mas em momento algum fora ignorada a região e o principal sendo não ter
262 desassistência. Mas não era fácil fazer esse formato, por outro lado não se podia transformar algo que já vem para ampliar o
263 acesso, que é um novo equipamento, que traz outras oportunidades, novos fluxos, fazer os desenhos de teto, credenciamento,
264 ampliação, que é responsabilidade também do município de Ilhéus e tudo isso fora discutido, não só da média e da alta, a
265 atenção básica discutira muito também a atenção básica do município de Ilhéus, não tendo sido uma discussão somente do
266 recurso financeiro, mas uma discussão mais ampliada. Gleiciane Hora respondeu a Cássio Garcia que tinha ficado sabendo da
267 proposta nos bastidores, que o recurso do Hospital Regional passaria para a gestão do município de Ilhéus. E pontuou que
268 eles já vinham sofrendo na pele com a PPI, mesmo não querendo culpar a atual gestão, tendo em vista que a mesma já não
269 vinha funcionando em algumas situações desde a gestão anterior. Afirmando que já está na gestão há quase onze meses, mas
270 não conseguia uma ressonância, ou um ecocardiograma, portanto era uma questão de desconfiança, porque eles não tinham
271 certeza como as coisas aconteceriam. E questionou para os presentes para onde enviaria os pacientes, mesmo que bem ou
272 mal eles tivessem o Hospital Regional, não sabiam para onde enviar. Ela disse desconhecer que o hospital realiza
273 neurocirurgia, mas estava constando na apresentação como serviço existente. Acreditava que o Hospital Costa do Cacau fosse
274 para melhorar o serviço de Una, porém o grande questionamento fora a parte financeira, que eles passariam um recurso do
275 Estado para o comando único do município Ilhéus onde os municípios já não têm assistência. Sendo assim, disse não querer
276 ser impedimento, mas quis deixar claro que tinha feito a sua fala e defendera a região no que acreditava. **Cássio Garcia** lhe
277 deu toda razão, mas em relação ao perfil do Hospital Costa do Cacau, a unidade conseguiria abarcar praticamente, tudo que
278 está dentro do Hospital Geral Luiz Viana Filho, tirando a pediatria e a obstetria. Sendo assim, achou necessário fazer a
279 discussão casada, além de entender a preocupação da gestora, mas havia o cuidado principal em relação ao que não está no
280 perfil do Hospital Costa do Cacau, a pediatria. A obstetria tinha outro prestador e fora justamente isso que eles estavam
281 reforçando na unidade. E concluiu que toda novidade trazia angústia e medo, mesmo quando o novo pudesse ser o melhor e o
282 difícil seria agradar todo mundo. **Gleiciane Hora** pediu desculpa pela sinceridade e disse não entender, porque quando os
283 gestores pediam credenciamento de um serviço, precisavam demonstrar quatro meses de produção para poder receber um
284 centavo e quando se tratava de recurso para ela tinha que ser a mesma coisa e avaliou o fato de Ilhéus fazer gestão do
285 recurso de quatro milhões de reais 'do nada' e questionou a garantia da prestação do serviço passar única e exclusivamente
286 por uma decisão tomada em CIB, sem discussão prévia em CIR e sem os municípios terem conhecimento do fluxo. Como os
287 gestores tinham ficado sem saber, ela achou pertinente um encaminhamento. **Cássio Garcia** explicou que ao falar que a
288 gestora estava misturando tinha sido em relação à situação em questão, onde o credenciamento naquele caso não é do
289 serviço, mas a modalidade da licitação, sendo coisas diferentes, pois para ser modalidade de licitação não precisa de quatro
290 meses de produção, tendo em vista que a situação é outra. E deixou claro que há regras quanto ao fato, portanto disse ter
291 explicado para deixar claro e concordou que deveria ter um encaminhamento. Voltou a afirmar que eles não poderiam deixar a
292 CIR à margem dos fatos, não tinha sido essa a intenção, e o que problema só ocorreria porque a CIB tinha sido antecipada e
293 coincidindo as datas, tanto que estava marcada pelos membros e fora desmarcada na sexta-feira, porque uma reunião da CIR
294 não poderia competir com uma da CIB. E reiterou que a intenção não fora deixar a CIR à parte, porém, segundo ele, a
295 Comissão Regional tem todos os poderes de fazer o monitoramento e a discussão, desde que respeitasse o prazo. **Raul**
296 **Molina** se referiu às duas colegas da região de Ilhéus e explicou que os membros da CIB estão tentando colocar as boas

297 intenções do que estava sendo feito, pois as mesmas iriam para a CIR e depois seriam encaminhadas para a CIB. Pontuou
 298 que a CIB só referendaria depois que passasse pela CIR e entendia a urgência e a emergência colocada, sem tirar a
 299 legitimidade do município, como Stela Souza havia colocado no início, eles apenas estavam dando como encaminhamento, a
 300 autorização para a CIR de Ilhéus discutir e acompanhar os contratos, incluindo a pediatria. E se o Estado estivesse de acordo,
 301 pela bancada do COSEMS aquele seria o encaminhamento. **Stela Souza, caso fosse possível, tendo em vista o prazo do**
 302 **dia quinze, bem como o prazo do teto de até 25 de novembro encaminhou para a CIR está devolvendo para a CIR de**
 303 **Ilhéus para a reunião da CIR no dia 23 de novembro, com suas devidas pactuações e posteriormente a Comissão**
 304 **encaminhar para a CIB aprovar e publicar resolução ad referendum na noite do dia 23 para o dia 24 de novembro.**
 305 Como ela tinha observado que Cristiane Macedo tinha sido contra, ela passou a palavra para a mesma. **Odilon Rocha**
 306 perguntou se o hospital já tinha sido inaugurado e observou que os gestores estão com muita pressa. **Cristiane Macedo,**
 307 técnica da COPRI/APG, esclareceu a colocação da Secretária sobre o teto financeiro, que estavam discutindo PPI, bem como
 308 teto da União, ou seja, havia a necessidade de publicação de resolução CIB. A questão colocada por ela tinha sido o fato de
 309 eles não estarem remanejando teto de nenhum lugar, o dinheiro se encontra no Fundo Estadual de Saúde e apesar de ser do
 310 teto de Ilhéus, está no Fundo do Estado. E que se naquela CIB eles deliberassem que nada aconteceria, o dinheiro
 311 permaneceria no Fundo Estadual e iria para o Hospital Costa do Cacau. Afirmou que o Estado tinha tido a consideração de
 312 ceder ao município de Ilhéus, como forma de devolução provisória, para o mesmo melhorar a qualidade do serviço de
 313 obstetrícia e pediatria. Observou também que, caso isso não ocorresse, não teria condições de melhorar o serviço de
 314 obstetrícia no território e o dinheiro migraria para o Hospital Costa do Cacau, tendo em vista que o recurso se encontra no
 315 Fundo Estadual. E se a unidade do Hospital Geral Luiz Viana Filho fechasse, o mesmo seguiria para o Costa do Cacau.
 316 Portanto, afirmava que a PPI não está sendo remanejada nem alterada, ou seja, a PPI é a mesma, o recurso existe, está no
 317 Fundo Estadual e permanecerá lá para o Costa do Cacau. A decisão da CIR de Ilhéus para ela não simbolizara o movimento
 318 naquele momento e a CIB poderia publicar Resolução e colocar um considerando de que a região discutiria o fluxo do recurso
 319 no território, tanto para o credenciamento de pediatria quanto para acompanhar a obstetrícia na região. Porém se não fosse
 320 aprovada a resolução o dinheiro permaneceria com o Estado para o Hospital Costa do Cacau e se os membros da CIB
 321 quisessem que fosse para a unidade, a região não teria dificuldade no credenciamento de pediatria e na qualidade da
 322 obstetrícia. **Stela Souza encaminhou que, se a CIR não aprovasse, o recurso ficaria no teto do Estado, além de ser**
 323 **direcionado para o Hospital Costa do Cacau e não para a obstetrícia.** Após o encaminhamento, ela antecipou o ponto de
 324 pauta acerca da Portaria GM/MS nº 2.730/2017 sobre a alteração de valor e atributos de procedimentos diagnósticos de câncer
 325 de mama na Tabela SUS, convocando Ana Paula Andrade para falar também da Portaria GM/MS nº 3.011/2017 sobre a
 326 Transferência de procedimentos do FAEC para o Teto MAC. Ela perguntou se Ana Paula Andrade tinha visto a Portaria 3.037,
 327 porque ela não, sendo pega de surpresa durante a reunião, a mesma fora publicada no dia 17 de novembro e trata de um
 328 aumento de impacto de tabela, no valor de seis milhões de reais para o Estado da Bahia. **Ana Paula Andrade** saudou a todos
 329 e solicitou que, antes de apresentar a Portaria GM/MS nº 3.011/2017, fechassem a pauta da reunião do COSEMS referente à
 330 oxigenoterapia. Afirmou que a SUREGS tem uma pactuação com a DAE, que o momento vinha fazendo a gestão do serviço de
 331 oxigenoterapia, e a partir de primeiro de dezembro a SUREGS assumiria a gestão do contrato. Portanto eles tinham levado
 332 uma pactuação para que, a partir de primeiro de janeiro, os serviços começassem a ser solicitados pelos municípios e não
 333 mais pelos Núcleos. Pontuou o fato de todos saberem que toda demanda referente à oxigenoterapia atualmente fica
 334 concentrada no Núcleo Regional e o mesmo é responsável por fazer a ponte com a DAE. A SUREGS então montou um
 335 processo dinâmico e fácil, assim como eles vinham fazendo dentro do Lista Única, com os outros serviços ofertados pelo
 336 Estado, em forma de fluxo para acesso via secretaria municipal. E apresentou o fluxo abaixo:



337 Explicou que a responsabilidade da solicitação para o tratamento de oxigenoterapia passaria a ser de cada gestor municipal,
 338 portanto, a partir de primeiro de janeiro de 2018, tanto para o CPAP quanto para o BiPAP, toda solicitação encaminhada para
 339 os Núcleos Regionais, os secretários municipais de saúde passariam a fazer através do Sistema Lista Única. Explicou que o
 340 Sistema teria um módulo, até o final do mês a SUREGS enviaria um ofício com senha de acesso e login para todos os gestores
 341 utilizarem o Sistema a partir de primeiro de janeiro. No Sistema seria solicitado o cadastro do paciente, feito pelas secretarias
 342 municipais de saúde, bem como em caso de pacientes internados pelos hospitais. Colocou que 100% migrariam dos núcleos
 343 para as secretarias municipais e os pacientes internados permaneceriam com a solicitação na unidade. O município teria que
 344 entrar no sistema simplesmente como unidade solicitante, inserir todos os dados de cadastro do paciente, mas o relatório
 345 médico, que determina o tipo de tratamento que ele precisaria, a informação seria encaminhada para a equipe da Central, que
 346 por sua vez faz o acompanhamento de pacientes de internação domiciliar e passaria a cuidar do serviço de oxigenoterapia.
 347 Após a avaliação, se estivesse tudo certo, o paciente seria encaminhado para o serviço credenciado. Ela lembrou que o Estado
 348 está na perspectiva de o serviço ter uma mudança no credenciamento em 2018, com algumas alterações no termo de
 349 referência, mas até o final de dezembro, permaneceria da mesma forma que vinha sendo paga, como indenização. Caso não
 350 estivesse tudo nos conformes em relação ao paciente, o mesmo seria devolvido para a Central e esta devolveria para o
 351

352 município, via sistema. Portanto, a partir desse momento, tudo que os gestores esperavam que o Núcleo fizesse, como a
 353 avaliação, para aguardar uma vaga através da DAE, onde era feito por meio de documento físico, mudaria para o fato do
 354 mesmo ser guardado apenas na secretaria municipal, não precisando mais encaminhá-lo para posterior pagamento, pois o
 355 mesmo seria anexado no próprio sistema. Ela explicou que o sistema é o mesmo que já utilizam para cadastrar paciente no
 356 Hospital da Mulher, ou para mutirão e para cirurgia eletiva, sendo que a mudança seria no módulo dele, onde os gestores
 357 incluiriam todos os dados de cadastro do paciente e informariam o tipo de tratamento, se seria CPAP ou BiPAP, além do
 358 relatório médico ser pensado no sistema. Portanto, não havia nada de novo para os municípios que já usam o Sistema Lista
 359 Única e eles só estavam tentando aperfeiçoar o tempo, além de ter o maior controle do paciente de maior gravidade, além de
 360 domínio do quantitativo de pacientes de liminar existentes, tendo em vista que eles têm a possibilidade de avaliar e poder levar
 361 para as discussões com a Promotoria Pública. Ela afirmou que o número de liminar de pacientes que tinham entrado na frente
 362 de outros que estavam na lista de espera há muito mais tempo é alto, portanto a sistematização de forma prática seria muito
 363 útil. E apresentou também a tela de visualização dos municípios, quando o paciente fosse cadastrado, onde seria possível
 364 acompanhar a situação do mesmo. O paciente em vermelho seria o que tivesse tratamento negado, o em verde representaria o
 365 autorizado e quando não fosse possível visualizar nenhuma informação, corresponderia ao paciente que ainda não tinha sido
 366 avaliado pela Central de Regulação. Quanto ao encaminhamento dos pacientes, ficaria muito mais tranquilo, até para que os
 367 gestores pudessem cobrar, após o cadastramento de uma pessoa há uma semana, porém sem retorno, quanto ao fato de ter
 368 sido negado ou em espera, possibilitando um controle maior do número de pacientes e a posição do mesmo para atendimento
 369 daquele serviço. Ela apresentou também a tela do serviço credenciado, onde o gestor municipal poderia visualizar todos os
 370 pacientes que estivessem na lista, tendo o controle tanto por unidade solicitante, ou seja, as secretarias municipais de saúde,
 371 como da unidade credenciada, além da Central, que também poderia ter acesso ao status de todos os seus pacientes. Ela
 372 colocou que é um fluxo novo, mas apesar de ser voltado para o acesso do serviço de oxigenoterapia, era algo que os gestores
 373 já trabalhavam no dia a dia e voltou a afirmar que a partir de primeiro de janeiro de 2018 as secretarias municipais de saúde,
 374 seriam as responsáveis pela solicitação do tratamento de oxigenoterapia, fosse para BiPAP ou para CPAP. Segundo ela,
 375 Alcina Romero já havia apresentado o protocolo para ser seguido para inclusão de novos pacientes na reunião do COSEMS, e
 376 pontuou que o mesmo havia sido pactuado para eles poderem incluir, assim como vinha sendo feito no protocolo de internação
 377 domiciliar. Ela concluiu a apresentação sobre Fluxo de Acesso ao Programa Oxigenoterapia Domiciliar, mostrando um resumo
 378 da tela de acompanhamento de como a Central poderia acompanhar o paciente e pontuou que atualmente já existe a oferta do
 379 serviço, mas eles estavam apenas buscando organizar o acesso ao mesmo, além de sinalizar um novo fluxo de acesso. E
 380 respondeu as colocações feitas por Odilon Rocha, fora do microfone, dizendo que a SUREGS também poderia disponibilizar o
 381 acesso ao promotor, para o mesmo poder ver que o gestor já tinha cadastrado, o que ele anteriormente entregava no Núcleo.
 382 Uma pessoa da plenária fez um questionamento fora do microfone e Ana Paula Andrade respondeu que os procedimentos que
 383 exigem o protocolo estão na mesma condição, como por exemplo, a gasometria. Pontuou que estava tratando naquela CIB
 384 apenas o meio de solicitação e os procedimentos que se fazem necessários para o serviço continuar na limitação e inclusive o
 385 fato fora colocado pelos Núcleos, onde tinham dito que não conseguiam fazer alguns procedimentos. Ela relatou ter sinalizado
 386 para os Núcleos o fato de o sistema não resolver e seria necessário avaliar outros fatores, como por exemplo, a questão do
 387 câncer, cujo o diagnóstico é gargalo para tratamento. Avaliou que se eles conseguissem identificar qual o maior volume de
 388 pacientes que não conseguem chegar ao tratamento de oxigenoterapia, seria possível buscar estratégias para o Estado e
 389 municípios utilizarem a fim de viabilizarem o acesso aos procedimentos. Ponderou que o sistema não resolveria aquela
 390 questão, serviria apenas para aperfeiçoar o tempo resposta e fazer o secretário ter conhecimento da situação do seu processo.
 391 Afirmou que a partir do momento que o município solicitasse o serviço e que o médico da Central autorizasse, o paciente seria
 392 monitorado, além de obter alterações de controle. Explicou que após a autorização o prestador atenderia e o atesto estaria
 393 garantido, mas a SUREGS melhoraria o mecanismo de controle para saber quanto tempo determinado paciente teria que ficar
 394 em tratamento, além dos procedimentos que deveriam ser garantidos para retirada desse paciente do tratamento e em casos
 395 com indicação de alta, avaliarem como o Estado garantiria, como a SUREGS já vinha avaliando com a DAE. Ela informou que
 396 se o município tivesse dificuldade, seria feita capacitação, mas entendendo a dinâmica do serviço e o fato dos gestores já
 397 utilizarem o sistema, acreditava que não haveria nenhum problema, mas se algum gestor quisesse, poderia procurar a DICON
 398 para solicitar a capacitação. E passou à apresentação da Portaria GM/MS nº 3.011/2017, informando que a mesma estabelecia
 399 os recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC para o Teto Financeiro Anual da
 400 Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC dos Estados e do Distrito Federal, ficando
 401 estabelecidos recursos no montante anual de trezentos e dezessete milhões, duzentos e sessenta e três mil, novecentos e
 402 quarenta e oito reais e onze centavos, para serem transferidos do FAEC para o MAC, de acordo com a tabela a seguir:

Nº	UF	VALOR ANUAL	VALOR MENSAL
1	São Paulo	73.563.495,17	6.130.291,26
2	Minas gerais	40.238.491,46	3.353.207,62
3	Bahia	39.771.705,74	3.314.308,81
4	Paraná	26.170.267,36	2.180.855,61
5	Maranhão	16.768.757,20	1.397.396,43
6	Pernambuco	15.682.105,35	1.306.842,11
7	Paraíba	13.676.785,81	1.139.732,15
8	Rio Grande do Sul	13.659.496,92	1.138.291,41
9	Alagoas	12.017.559,02	1.001.463,25
10	Santa Catarina	10.528.466,56	877.372,21
11	Rio de Janeiro	8.502.596,63	708.549,72
12	Ceará	8.269.474,86	689.122,91

13	Goiás	5.899.333,83	491.611,15
14	Sergipe	5.438.352,55	453.196,05
15	Distrito Federal	4.771.295,55	397.607,96
16	Pará	4.577.085,86	381.423,82
17	Espírito Santo	3.988.743,43	332.395,29
18	Rio Grande do Norte	3.710.109,67	309.175,81
19	Mato Grosso do Sul	3.084.822,33	257.068,53
20	Amazonas	2.992.967,33	249.413,94
21	Mato Grosso	1.303.924,28	108.660,36
22	Tocantins	1.087.417,03	90.618,09
23	Rondônia	592.752,20	49.396,02
24	Piau	454.227,94	37.852,33
25	Acre	310.612,63	25.884,39
26	Roraima	163.654,87	13.637,91
27	Amapá	39.446,55	3.287,21
TOTAL		317.263.948,11	26.438.662,34

403 O critério para definição do recurso por UF, conforme artigo 1º da referida portaria, fora definido com base na série histórica da
404 produção de serviços aprovados nos sistema de informação ambulatorial SIA/SUS e sistema de informação hospitalar
405 SIH/SUS, no período de junho/2016 a maio/2017. O parágrafo único da realocação dos recursos do montante estabelecido no
406 anexo I desta portaria seria objeto de pactuação no âmbito da CIB e a SUREGS levou a portaria para ser pactuada nesta
407 reunião. Quanto ao artigo 2º - dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais
408 Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, transferidos do FAEC para o MAC, elencados no Anexo II desta Portaria e foram
409 apresentados por ela através de uma planilha com a descrição dos procedimentos, para a CIB ter conhecimento. Ela citou
410 alguns procedimentos relacionados ao glaucoma, sendo a grande maioria, mas também de radioterapia, quimioterapia,
411 tratamento cirúrgico e correção endovascular de aneurisma, o segundo maior depois de glaucoma. Apresentou também os
412 efeitos financeiros, de acordo com o artigo 5º, que entraria em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir
413 da décima segunda parcela de 2017 e pontuou que assim como a questão do teto do município de Ilhéus, também seria
414 necessário discutir e pactuar a portaria, tendo em vista que o teto fecharia dia 25 de novembro. Após o exposto, ela apresentou
415 a produção SIA/SIH do ANEXO II considerando série histórica de junho/2016 a maio/2017, a partir da tabela abaixo:

GESTÃO	PRODUÇÃO SIA / SIH/SUS			TOTAL	MÉDIA PRODUÇÃO
	SIH/SUS	SIA/SUS	SIA GLAUCOMA		
MUNICIPAL	89.560,76	4.486.395,49	52.893.645,72	57.469.601,97	4.789.133,50
ESTADUAL	1.029.489,75	2.432.451,92	6.396.925,69	9.858.867,36	821.572,28
Total	1.119.050,51	6.918.847,41	59.290.571,41	67.328.469,33	5.610.705,78

416 Explicando que no SIA do Glaucoma eles tinham separado, porque havia uma situação para discutir, pois apesar da Portaria
417 dizer que tinha considerado a série histórica, para o glaucoma a nível nacional, o Ministério não tinha garantido a série histórica
418 de produção e a SUREGS tinha preferido separar, já que os demais procedimentos não tinham nenhum problema de registro
419 na série histórica. Pontuou que o total da produção, se o Ministério fosse de fato considerar a série histórica, deveria ter
420 repassado para o Estado sessenta e sete milhões de reais e não trinta e nove milhões. Apresentou também a produção
421 SIA/SIH, exceto o glaucoma, por existir uma avaliação do Ministério, onde houera alguns problemas no registro de produção
422 do estado da Bahia, dentre outros estados, portanto ela levava também a nota informativa que o Ministério tinha publicado e o
423 recurso que caracterizava de fato a série histórica, sem nenhum tipo de problema na produção. Explicou que para os
424 municípios e para a gestão estadual, a distribuição dos oito milhões e trinta e sete tinham sido 100% da produção do SIA e do
425 SIH com exceção do glaucoma, para os municípios estabelecidos considerando a série histórica, de acordo com a tabela a
426 seguir:

Município Gestor	Produção SIA/SIH (exceto glaucoma)		Total	Média Produção
	SIH/SUS	SIA/SUS		
292740 Salvador	54.262,70	4.041.554,06	4.095.816,76	341.318,06
290000 Bahia - Gestão estadual	1.029.489,75	2.432.451,92	3.461.941,67	288.495,14
291080 Feira de Santana	3.663,20	70.036,52	73.699,72	6.141,64
291170 Guanambi	1.352,24	-	1.352,24	112,69
291480 Itabuna	1.391,28	229.679,80	231.071,08	19.255,92
293330 Vitória da Conquista	5.716,66	64.905,11	70.621,77	5.885,15
291360 Ilhéus	6.492,44	13.144,50	19.636,94	1.636,41
291072 Eunápolis	341,30	-	341,30	28,44
293135 Teixeira de Freitas	4.061,28	8.572,50	12.633,78	1.052,82
290320 Barreiras	-	58.500,00	58.500,00	4.875,00

292900 São Félix	9.612,40	-	9.612,40	801,03
291750 Jacobina	1.657,70	-	1.657,70	138,14
290520 Caetité	693,64	-	693,64	57,80
290390 Bom Jesus da Lapa	315,92	-	315,92	26,33
Total	1.119.050,51	6.918.844,41	8.037.894,92	669.824,58

427 Apresentou um comparativo do valor que existe em relação ao repassado pela Portaria, a partir da tabela a seguir:

GESTÃO	TOTAL PRODUÇÃO SIA/SIH (EXCETO GLAUCOMA)	TOTAL RECURSO PT Nº 3.011/2017	DIFERENÇA A SER DESTINADA PARA O GLAUCOMA
MUNICIPAL	4.575.956,25	39.771.705,74	31.733.807,82
ESTADUAL	3.461.941,67		
Total	8.037.897,92	39.771.705,74	31.733.807,82

428 Ela observou que a diferença do total de produção SIA/SIH (exceto glaucoma) e a do total recurso da portaria tinha dado
 429 exatamente o valor a ser discutido para o glaucoma, previamente apresentado, a partir da conta de cinquenta e nove milhões
 430 de registro de produção. Apresentou também a nota informativa 165/2017 do Ministério da Saúde onde, dentre outras coisas,
 431 trouxera a descrição do módulo de cálculo de como estava sendo feito. Quanto à aplicação do cálculo, ela mostrou a tabela
 432 abaixo, com os valores:

TABELA 1 - Estimativa de Repasse Financeiro para Glaucoma – Considerando série histórica x Valor Médio Gasto com Paciente			
UF	Recurso (Pop. adequada x R\$ 290,00)	Valor repassado junho 2016 a maio de 2017 (FAEC - Correspondente às consultas e tratamento com colírios)	Diferença entre o recurso a ser incorporado mediante a série histórica e valor médio adequado e o recurso repassado de junho de 2016 a maio de 2017
AC	R\$ 580,00	0	R\$ 580,00
AL	R\$ 7.915.436,90	R\$ 24.557.802,95	-R\$ 16.642.366,05
AM	R\$ 643.510,00	R\$ 404.053,38	R\$ 239.456,62
AP	R\$ 2.320,00	0	R\$ 2.320,00
BA	R\$ 29.302.423,60	R\$ 59.290.571,41	-R\$ 29.988.147,81
CE	R\$ 2.232.240,20	R\$ 6.885.887,44	-R\$ 4.653.647,24
DF	R\$ 62.060,00	R\$ 0,00	R\$ 62.060,00
ES	R\$ 1.138.830,00	R\$ 3.182.047,98	-R\$ 2.043.217,98
GO	R\$ 1.728.980,00	R\$ 1.843.513,72	-R\$ 114.533,72
MA	R\$ 13.738.544,10	R\$ 10.015.810,86	R\$ 3.722.733,24
MG	R\$ 19.973.268,60	R\$ 37.667.295,30	-R\$ 17.694.026,70
MS	R\$ 244.180,00	R\$ 103.482,38	R\$ 140.697,62
MT	R\$ 2.030,00	R\$ 0,00	R\$ 2.030,00
PA	R\$ 2.591.150,00	R\$ 3.882.432,45	-R\$ 1.291.282,45
PB	R\$ 6.104.059,20	R\$ 15.235.154,51	-R\$ 9.131.095,31
PE	R\$ 8.752.916,30	R\$ 18.388.899,64	-R\$ 9.635.983,34
PI	R\$ 4.060,00	R\$ 0,00	R\$ 4.060,00
PR	R\$ 3.569.940,60	R\$ 7.137.988,33	-R\$ 3.568.047,73
RJ	R\$ 1.694.435,20	R\$ 1.412.606,52	R\$ 281.828,68
RN	R\$ 2.683.051,00	R\$ 8.821.976,91	-R\$ 6.138.925,91
RO	R\$ 2.320,00	R\$ 0,00	R\$ 2.320,00
RR	R\$ 1.450,00	R\$ 0,00	R\$ 1.450,00
RS	R\$ 712.820,00	R\$ 1.490.438,59	-R\$ 777.618,59
SC	R\$ 285.070,00	R\$ 107.955,38	R\$ 177.114,62
SE	R\$ 4.677.412,90	R\$ 13.098.570,29	-R\$ 8.421.157,39
SP	R\$ 21.186.886,70	R\$ 27.145.152,45	-R\$ 5.958.265,75
TO	R\$ 23.490,00	R\$ 0,00	R\$ 23.490,00

Total	R\$ 129.273.465,30	R\$ 240.671.640,49	-R\$ 111.398.175,19
--------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

433 Em seguida ela salientou o trecho da nota em que o Ministério coloca em relação ao valor de R\$ 290,00 para o cuidado anual
434 com o paciente glaucomatoso, esclarece-se que foi feita uma média dos custos per capita encontrada por estado, sendo
435 desconsiderados os valores dos estados com maiores distorções nos dados tanto no número da frequência (AL, BA, MA, MG,
436 PB, PE, RN e SE) como no valor per capita encontrado (CE e ES), objetivando minimizar tanto as distorções de frequência
437 como as distorções no uso das três linhas dos medicamentos. A partir do relatado, avaliou que o Ministério havia colocado
438 claramente ter havido uma distorção de registro e a nota trouxera também que, para “correção” da série histórica, corrompida
439 por distorções nos registros e faturamento, fora feita uma adequação considerando-se a prevalência do Glaucoma e deste
440 modo, os municípios que tinham realizado um número de consultas per capita (dado usado como referência para número de
441 pacientes a ser “comparado” com a prevalência) maior que o número referente a 1% da população total, tinha sido “reduzido”
442 para 1%; já os municípios com um número igual ou menor à prevalência, tinham sido mantidos. Ela colocou que o ponto tinha
443 sido pauta de discussão, com a participação de Cássio Garcia na reunião do CONASS e CONASEMS, ela e Stela Souza
444 participaram também e a proposta para o estado da Bahia fora para permanecer quarenta e quatro milhões, mas o Ministério
445 não tinha levado em consideração e o Estado ficando surpreso com a publicação da portaria, com o recurso de trinta e um
446 milhões de reais. Ela apresentou em seguida a produção de glaucoma na Bahia:

GESTÃO	PRODUÇÃO GLAUCOMA		MÉDIA PRODUÇÃO
	SIA/SUS	TOTAL	
292740 Salvador	21.990.375,16	21.990.375,16	1.832.531,26
291080 Feira de Santana	7.824.403,04	7.824.403,04	652.033,59
290000 Bahia - Gestão estadual	6.396.925,69	6.396.925,69	533.077,14
291460 Irecê	4.607.795,32	4.607.795,32	383.982,94
291170 Guanambi	3.371.045,71	3.371.045,71	280.920,48
291480 Itabuna	2.762.185,57	2.762.185,57	230.182,13
290460 Brumado	2.534.819,24	2.534.819,24	211.234,94
293330 Vitória da Conquista	2.004.334,93	2.004.334,93	167.027,91
292800 Santaluz	1.785.757,79	1.785.757,79	148.813,15
291360 Ilhéus	1.728.408,20	1.728.408,20	144.034,02
292400 Paulo Afonso	1.378.621,05	1.378.621,05	114.885,09
293135 Teixeira de Freitas	847.326,45	847.326,45	70.610,54
291072 Eunápolis	698.689,60	698.689,60	58.224,13
291640 Itapetinga	476.974,75	476.974,75	39.747,90
292230 Muritiba	470.179,55	470.179,55	39.181,63
290070 Alagoinhas	217.097,20	217.097,20	18.091,43
292810 Santa Maria da Vitória	160.950,20	160.950,20	13.412,52
292530 Porto Seguro	34.681,96	34.681,96	2.890,16
Total	59.290.571,41	59.290.571,41	4.940.880,95

447 Após apresentar a tabela, explicou que os valores tinham sido relacionados por município executor e os cinquenta e nove
448 milhões estando distribuídos nos municípios apresentados. E apresentou também a relação da produção de junho de 2016 a
449 maio de 2017, por município de residência, com percentual de atendimento em relação ao total de recurso e explicou que a
450 pactuação teria que ser por município de residência e não por executor. Stela Souza perguntou qual o valor da proposta do
451 glaucoma e Ana Paula Andrade respondeu, de trinta e um milhões, sendo o valor da diferença entre os trinta e nove menos os
452 oito milhões dos demais procedimentos. Colocou que a proposta da SESAB discutida com a SAFTEC, com a DAE e
453 previamente passada para Stela Souza, quanto à lógica, tivera o objetivo de ser discutida em CIB e inclusive ela disse que não
454 estava presente na reunião do COSEMS, pois estava fechando a proposta com a SAFTEC. E que há municípios de residência
455 com mais de um município executor e na atuação proposta de pactuação teria que haver uma única referência de executor.

456 Primeiramente, porque teria uma redução de quase cinquenta por cento do valor do recurso, então se o município tivesse cem
 457 pacientes em tratamento, cinquenta deles teriam o recurso garantido e os outros o Estado veria o que fazer. Quanto à parte de
 458 atendimento sim ou não, na relação apresentada sobre o atendimento do Glaucoma no estado da Bahia, no período
 459 junho/2016 a maio/2017, explicou que significava dizer que se teve tratamento, está sinalizado como sim e se atendeu, mas
 460 não tendo havido tratamento, está na relação como não. Segundo ela, atualmente Acajutiba tem oitenta e quatro pacientes
 461 como referência para atendimento em Alagoinhas, cento e noventa e quatro em Paripiranga e um em Salvador. Dos pacientes
 462 de Acajutiba citados, onze sem receber tratamento em Paripiranga e um em Salvador. E, perguntando o que aconteceria com
 463 os duzentos e setenta e nove pacientes de Acajutiba, respondeu que os mesmos teriam que ter uma única referência e a CIB
 464 consideraria na pactuação, a última referência pactuada na CIR. Ela explicou que quando os municípios executores fossem
 465 avaliar o quanto eles processavam, o parâmetro usado para definir o quantitativo de pacientes de cada município executor
 466 referente ao município de residência seria a última reunião da CIR. Portanto, o recurso ficaria no teto do município que
 467 Acajutiba, por exemplo, tinha pactuado e estava vigente como encaminhador. Deu o exemplo de Água Fria, que possui como
 468 municípios executores Alagoinhas, Feira de Santana, Muritiba, Santaluz e Salvador e observou que o município tem um volume
 469 grande, tanto em Feira de Santana quanto em Santaluz, e os outros ela concluiu ter sido de pacientes pontuais. Avaliou que
 470 seria necessário identificar qual tinha sido a pactuação de Água Fria, ou seja, se com Santaluz ou Feira de Santana. A partir
 471 disso, ela concluiu pela necessidade de avaliar o que cada CIR pactuara. Stela Souza explicou que o Estado está levando uma
 472 proposta, mas eles não conseguiriam definir nesta CIB e que não adiantava dizer que Acajutiba tem oitenta e quatro, ou cento
 473 e quatro ou duzentos e quatro, pois se tinha havido redução de quase 49% do valor do glaucoma, os municípios também
 474 teriam que reduzir a mesma porcentagem de pacientes, ou seja, 49% dos pacientes ficariam cegos. Com o fato de que a
 475 portaria entraria em vigor a partir de primeiro de dezembro, ela quis dar um encaminhamento, mas Ana Paula Andrade
 476 interrompeu, falando que tinha levado apenas exemplos para ficar claro de como seria feita a distribuição, nos casos de
 477 municípios de residência com mais de um executor, onde eles considerariam a CIR vigente. Stela Souza disse que a questão
 478 não era município executor nem o prestador e sim o número de pacientes atendidos e Ana Paula Andrade concordou que a
 479 questão também implicava, porém eles têm trinta e um milhões de reais para definir. Segundo ela, teoricamente os vinte e oito
 480 milhões de reais que tinham ficado sem definir seria definido a partir da proposta levada para discussão. Stela Souza colocou
 481 que Ana Paula Andrade concluiria a apresentação e a CIB montaria um Grupo de Trabalho para discutir o ponto. Ana Paula
 482 Andrade colocou que a proposta considera a redução do recurso destinado ao Tratamento do Glaucoma que tinha impactado
 483 no atendimento dos pacientes que se encontra em tratamento, bem como na ampliação do acesso de novos pacientes, além
 484 da necessidade de garantir atendimento a 100% dos pacientes já em tratamento e acesso de novos pacientes. Apresentou a
 485 proposta de pactuação do recurso do tratamento do glaucoma, onde definiria o percentual do recurso estabelecido em portaria
 486 para garantir consulta e acompanhamento, ofertados pela unidade executora, para os pacientes já em tratamento e
 487 atendimento de novos pacientes, porque na verdade só teria 50% do recurso para atender e tratar, e que a proposta seria que
 488 do montante de trinta e um milhões fosse retirado um percentual para a avaliação e o acompanhamento dos pacientes que já
 489 estivessem em tratamento, buscando a medicação junto à SAFTEC. E que todos sabem da dispensação de medicamento,
 490 sendo necessário relatório médico e obviamente ninguém ia querer fazer o atendimento sem remuneração. Portanto, dos trinta
 491 e um milhões eles precisavam identificar o percentual para garantir consulta e acompanhamento dos pacientes em tratamento
 492 e o percentual que eles já poderiam definir para novos pacientes, porque caso eles pegassem 100% do recurso, mas fosse
 493 pactuado apenas para os pacientes em tratamento, os outros 50% ficariam desassistidos. Também ficou proposto a elaboração
 494 de um Protocolo Unico, estabelecendo as diretrizes para o atendimento do tratamento do glaucoma no Estado, e colocou que
 495 José Antônio Rodrigues afirmara em outra reunião que o mecanismo de controle poderia ser melhorado e naquele momento a
 496 melhora seria inevitável. Propôs também utilizar o novo sistema de emissão da APAC da SESAB, no caso dos municípios que
 497 não possuíssem sistema próprio, tendo em vista que só Salvador possui sistema e a SESAB já tinha um para APAC que
 498 poderia ser uma ferramenta de controle muito maior para o processo autorizativo. Ela apresentou também na proposta, que a
 499 SESAB, através da SAFTEC, assumiria 100% dos tratamentos de 3ª linha mono e binocular, 2ª e 3ª linha de tratamento e o
 500 colírio da 3ª linha referente o tratamento associado 1ª, 2ª e 3ª linha. Ponderou que levava a proposta para a CIB, pois era
 501 necessário pactuar, tendo em vista que a Assistência Farmacêutica assumiria a dispensação dos colírios de tratamento.
 502 Portanto eles teriam que fazer de fato um GT para avaliar os outros fatores para dispensação do colírio e que a proposta
 503 colocava também a definição do pacote de exames para diagnóstico, utilizando recurso da portaria, e o diagnóstico seguro era
 504 chamado pela área técnica da DAE de dispor de um pacote de procedimentos que de fato permitiriam avaliar que o paciente
 505 precisaria ou não estar no tratamento de glaucoma. Por último a proposta considerou as pactuações vigentes definidas em CIR
 506 para distribuição do recurso por município executor e explicou que atualmente o Ministério só paga acompanhamento e
 507 avaliação do glaucoma e a consulta para o diagnóstico e apresentou a planilha, abaixo, sobre o pacote de avaliação do
 508 glaucoma em relação ao diagnóstico seguro:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR UNIT.	QUANT. REALIZAÇÃO POR ANO	CUSTO PACOTE/ANO
0205020020	Paquimetria Ultrassônica	14,81	1	14,81
0303050012	Acompanhamento e Avaliação de Glaucoma por Fundoscopia e Tomometria	17,74	3	53,22
0301010102	Consulta para Diagnostico/Reavaliação de Glaucoma (Tomometria)	57,74	1	57,74
0211060038	Campimetria Computadorizada ou Manual com Gráfico	40,00	1	40,00
0211060062	Curva Diária de Pressão ocular CDPO (mínimo 3 medidas)	10,11	1	10,11
0211060119	Gonioscopia	6,74	1	6,74

0211060178	Retinografia Colorida Binocular	24,68	1	24,68
TOTAL		171,82	9	207,30

509
510
511
512
513

Os procedimentos serviriam para os pacientes que precisassem de fato confirmar a necessidade de fazer tratamento de glaucoma, o custo total seria de duzentos e sete reais por paciente/ano, mas entendendo que mais a frente seria possível tirar vários pacientes em tratamento, porém sem haver necessidade, como fora colocado pelo Ministério em todas as reuniões que a SUREGS tinha participado com o COSEMS e a Bahia tinha sido massacrada. Ela também apresentou a proposta dos procedimentos para pactuação da SAFTEC e o montante financeiro executado, de acordo com a tabela abaixo:

Procedimento	Físico	Financeiro	Quantidade Atendimentos SAFTEC	Quantidade Atendimentos Unidades
0303050039 Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma binocular (1ª linha)	42.749	797.696,34	-	797.696
0303050047 Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma binocular (2ª linha)	26.701	2.119.525,38	-	2.119.525
0303050055 Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma binocular (3ª linha)	88.161	11.282.844,78	11.282.844,78	-
0303050063 Tratamento oftalmológico de paciente c/ glaucoma monocular (1ª linha)	293	3.644,92	-	3.645
0303050071 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma monocular (2ª linha)	292	15.452,64	-	15.453
0303050080 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma monocular (3ª linha)	839	71.591,87	71.591,87	-
0303050098 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma com dispensação de acetazolamida monocular ou bino	1.114	103.713,40	-	103.713
0303050101 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma com dispensação de pilocarpina monocular	2	17,86	-	18
0303050152 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma - 1ª linha associada a 2ª linha - monocular	613	40.065,68	-	40.066
0303050160 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma - 1ª linha associada a 2ª linha - binocular	29.001	2.843.258,04	-	2.843.258
0303050179 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma - 1ª LINHA associada a 3ª linha - monocular	835	81.637,95	-	81.638
0303050187 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma - 1ª linha associada a 3ª linha - binocular	60.008	8.799.573,12	-	8.799.573
0303050195 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma - 2ª linha associada a 3ª linha - monocular	411	56.820,75	56.820,75	-
0303050209 Tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma - 2ª linha associada a 3ª linha - binocular	20.437	4.237.816,32	4.237.816,32	-
0303050217 tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma monocular- associação de 1ª, 2ª E 3ª linhas	2.874	433.083,06	245.238,42	187.845
0303050225 tratamento oftalmológico de paciente com glaucoma binocular - associação 1ª, 2ª E 3ª linhas	74.967	16.944.041,34	9.594.277	7.349.765
Total colírio	349.297	47.830.783,45	25.488.588,80	22.342.194,65
0301010102 consulta para diagnóstico/reavaliação de glaucoma (tonometria, fundoscopia e campimetria)	128.363	7.411.679,62	-	-
0303050012 acompanhamento e avaliação de glaucoma por fundoscopia e tonometria	228.191	4.048.108,34	-	-
Total coconsulta + acompanhamento	356.554	11.459.787,96	-	-
TOTAL GERAL	705.851	59.290.571,41	25.488.588,80	22.342.194,65

514
515
516
517

A partir da planilha ela observava que dos quarenta e sete milhões de reais o Estado assumiria a distribuição dos colírios referentes a vinte e cinco milhões e quatrocentos, dos trinta e um milhões do recurso, eles levariam apenas vinte e dois milhões de reais, para a compra de colírio através dos prestadores. E a diferença de vinte e dois milhões para trinta e um seria de nove milhões, para pactuar no acompanhamento e na consulta, não só dos pacientes em tratamento, mas também os que

518 não teriam o colírio garantido, devido ao corte do Ministério. **Stela Souza** colocou que não estava conseguindo acompanhar e
519 **Ana Paula Andrade** respondeu que estava falando de produção. **Stela Souza** pontuou que a produção era de cinquenta e
520 nove milhões e **Ana Paula Andrade** concordou, mas acrescentou que quando ela fosse levantar o tamanho do prejuízo, seria
521 preciso avaliar a origem do mesmo. Portanto, da produção de cinquenta e nove milhões, relacionados a colírio, tinham
522 quarenta e sete milhões e onze milhões para consulta e acompanhamento. Segundo ela, na proposta, dos quarenta e sete
523 milhões, a SAFTEC absorveria a demanda referente a vinte e cinco milhões e quatrocentos. **Stela Souza** perguntou se o colírio
524 continuava como FAEC e **Ana Paula Andrade** respondeu que o colírio passaria 100% para o MAC para o prestador, sendo
525 assim não existiria mais FAEC. Stela Souza observou que a Bahia tem trinta e um milhões e perguntou, se o Estado assumisse
526 vinte e cinco milhões de colírio, abateria dos trinta e um. **Ana Paula Andrade** respondeu que não e explicou que o Estado
527 assumira os vinte e cinco milhões para contrapor a perda da Bahia. A partir do exposto, informou que para o Estado assumir o
528 montante era necessário colocar condições de controle, de sistema e de protocolo e pontuou que os vinte e cinco milhões
529 correspondiam apenas à 3ª linha mono e binocular, 2ª e 3ª linha de tratamento e ao colírio da 3ª linha, referente ao tratamento
530 associado 1ª, 2ª e 3ª linha. Sendo assim, concluiu que o Estado está se propondo a bancar a conta do que o Ministério tinha
531 retirado dentro daqueles procedimentos, portanto, os procedimentos não poderiam ser bancados por nenhuma clínica privada.
532 Segundo ela, 100% da dispensação seria feita via SAFTEC, então nenhum prestador poderia ter dentro da sua FPO a 3ª linha.
533 Ponderou que esta fora a única condição que o Estado encontrara para ajudar a reduzir o prejuízo. Informou que no dia
534 seguinte eles teriam reunião com os prestadores e havia duas condições, a de não achar prestador por falta de dinheiro ou
535 buscar o prestador com o percentual existente e que atendesse a população. E sinalizou terem trinta e um milhões, como o
536 Estado só precisa ratear vinte e dois milhões, os nove milhões da diferença seriam para o diagnóstico seguro e para consulta e
537 avaliação. Portanto eles precisariam montar um GT para avaliar esse recurso e saber qual percentual ficaria para cada
538 município e como seria a questão dos executores. **Cássio Garcia** colocou que apesar de **Ana Paula Andrade** ter feito o
539 histórico, eles estão discutindo no Grupo Condutor e em Brasília, desde julho, nos espaços do CONASS e CONASEMS.
540 Segundo ele, a Bahia se posicionara sempre contrária à proposta do Ministério da Saúde em relação ao Glaucoma, porque não
541 seria possível aceitar, tendo em vista que uma produção de cinquenta e nove milhões não poderia ser transformada em um
542 valor de vinte e nove milhões, ou seja, a Bahia teria uma perda de trinta milhões. E que a questão fora colocada claramente
543 para o Ministério, inclusive de poder ocorrer desassistência, além de o Estado ter questionado os parâmetros adotados por
544 eles, porque dentro dos protocolos do Glaucoma o próprio Ministério falara em uma prevalência de 2 a 5%, dependendo da
545 faixa etária e na primeira apresentação feita pelo Ministério, eles tinham utilizado uma prevalência de 1% para toda população,
546 gerando o valor da redução em trinta milhões de reais. Ressaltou que a SESAB tinha levado diversas propostas para o
547 Ministério, inclusive com fundamentação científica de artigos mostrando que o glaucoma tem uma prevalência na população
548 negra de 3 a 6% maior que na população branca, portanto a Bahia deveria ser vista de forma diferente, por ter prevalência
549 maior de negros. Mesmo com o material levado o Ministério usara apenas o fator de correção levado por Ana Paula Andrade
550 para alguns municípios, que em relação à primeira proposta tinha dado uma diferença de dois milhões e, segundo ele, são os
551 trinta e um milhões. Salientou que eles precisam se debruçar urgentemente e inclusive fazer uma avaliação da CIB em relação
552 à postura da Comissão, acerca do que tinha vindo da migração imediata do glaucoma e lembrou que outros estados também
553 tinham tido perdas significativas, como Ceará, Alagoas, Sergipe e São Paulo. Ressaltou que São Paulo também tinha
554 comprado a briga junto com a Bahia, porque além de terem perdas financeiras, havia principalmente a possibilidade de
555 desassistência. **Raul Molina** agradeceu a Ana Paula Andrade, em nome do COSEMS pelo trabalho feito pela SESAB e
556 considerou que os argumentos da Bahia não tinham sido levados em conta, portanto eles não poderiam estar reunidos em uma
557 CIB com representantes do Estado e do município sem ter um pronunciamento claro a respeito da questão, sendo necessário
558 uma posição dos membros da CIB, contrária à postura do Ministério. Assim, ele considerava pertinente fazerem uma
559 recomendação para pelo menos o Ministério ter uma nova postura a respeito do que eles tinham feito. Sinalizou também que a
560 proposta levada desenterrava uma anterior, em que eles tinham questionado a logística existente. Pontuou que eles mostram
561 até que ponto o colírio era o colírio e o serviço era o serviço, tendo em vista que um financiava o outro e se a proposta antiga
562 fosse colocada em prática haveria desassistência, porque os municípios não teriam condições de pagar ou remunerar o que
563 estava sendo remunerado com outro nome, ou seja, como colírio. E apresentou como encaminhamento, que a Bahia se
564 colocasse contrária à proposta do Ministério, até porque o estado mostrara produção. Outro ponto colocado, a necessidade da
565 criação de um grupo bipartite para avaliar o que eles poderiam fazer enquanto têm aquele valor, tendo em vista que naquele
566 momento eles poderiam ver até que ponto, a partir da proposta levada pela SUREGS, poderia rodar. E considerou a chegada
567 da SAFTEC como de boa vontade, mas sem considerar a logística que teria, tendo em vista que não seria fácil fazer até
568 dezembro, inclusive se eles pactuassem nesta reunião eles criariam desassistência. **Ana Paula Andrade** disse que eles estão
569 em outro momento, e em relação ao que Raul Molina citara, havia autonomia para definir e agora o Ministério impôs. **Ana**
570 **Paula Andrade** falou o que o Estado fez para que eles conseguissem fracionar o problema, diminuir os transtornos do paciente
571 desassistidos. Se ela pedisse aqui para levantar quem têm pacientes com problema de Glaucoma 90% levanta, refere que em
572 nenhum momento estava dizendo que a SAFTEC estava com a logística, ela se manifestara desde sexta-feira, mesmo doente
573 veio para uma reunião da SAFTEC, DAE, SUREGS, sentaram, traçaram algumas alternativas, hoje de manhã sentaram
574 novamente estudaram todos os números, e questionou em que faltava ainda avançar. Colocaram que podiam se comprometer
575 com isso, a SAFTEC está indo lá, e ponderou como é que ela conseguiria da conta. **Raul Molina** colocou que eles sabiam que
576 operacionalmente aquilo não se faz de um dia para outro e **Ana Paula Andrade** pôs que a única coisa que eles tinham, ou
577 podia trazer era uma estratégica para juntar e fazer ou estavam com o problema posto. E que o problema posto hoje é que só
578 tinha trinta e um milhões para pagar a conta teoricamente de trinta e nove milhões. **Raul Molina** falou que eles estavam
579 encaminhando porque queriam participar dessa proposta, inclusive operacional, até para ajudar. **Ana Paula Andrade** citou que
580 a proposta era para que se monte o GT como Dr. Stela falou para decidir tudo isso, que todos precisavam pactuar os métodos,
581 pactuar se a SAFTEC assume a terceira linha, e quem não tem sistema próprio, a ideia é usar o sistema de APAC do Estado,
582 isso porque o Estado se preocupa com o controle, e referiu que iria pactuar que vão ter que sentar para construir um protocolo
583 único, sendo isso o que ela queria pactuar aqui nessa CIB. Ela não tinha trazido definições de valores para ninguém, trouxe
584 apenas a forma que estava fazendo. **Raul Molina** disse que até porque conhecem já essa proposta, e vivenciaram por um bom

585 tempo e **Ana Paula Andrade** esclareceu que amanhã teria reunião com os prestadores, e assim, entenderiam e absorveriam
586 de que forma eles receberiam a proposta. **Raul Molina** comentou, tanto o Estado quanto eles, municípios, e agora eles iriam
587 comunicar aos prestadores e não iriam discutir ainda nada. **Ana Paula Andrade** explicou que eles estavam informando que ia
588 haver uma redução. A partir de primeiro de dezembro se teria trinta e um milhões no teto do Estado para pagar uma conta de
589 cinquenta e nove. Salvador vai se preocupar porque tem noventa mil pacientes em atendimento, mas ele não vai ter o dinheiro
590 que ele tinha para gastar, ela só estava sinalizando isso, o problema está posto enquanto vinham discutindo o que seria o
591 Ministério falou é agora e acabou. **Raul Molina** comentou que não poderia retirar dali uma comissão que já tinha que marcar
592 uma audiência com o Ministro e tinham que ir para lá e fazerem a sua manifestação, prefeitura de Salvador, inclusive com o
593 Secretário e o COSEMS, com o Ministro. **Stella Souza** explicou que eles sabiam que o valor caiu, sabiam também que fizeram
594 a proposta dentro do exposto e dentro dos parâmetros do próprio ministério, mas sabiam que o Ministério não estava utilizando
595 os parâmetros estabelecidos por ele mesmo, o que era um fato. Fizeram a proposta para os Estados do Brasil CONASS e
596 CONASEMS não foi somente para Bahia, eles tinham recebido a portaria pronta, não foi aceito a proposta de nenhum Estado,
597 apenas os que não tinham produção e o Estado colocou que deveriam ter, e eles colocaram e houve aumento para alguns
598 Estados com relação a produção. E questionou se os gestores viram que tem Estado que aumentou o valor, então mencionou
599 achar justo com o estado que se tinha alguma coisa errada, se fizesse auditoria, porém o que não dava era para deixar os
600 pacientes desassistidos, essa fora a proposta que o CONASS e o CONASEMS tinham levado. Tinha um prazo que dia
601 primeiro começaria, tinha que começar a trabalhar, iria mudar essa equipe para poder definir essa distribuição desse recurso
602 possivelmente no percentual de redução, teria que ser todo mundo igual, ninguém sendo considerado melhor que ninguém.
603 Ressalta que a diferença que irá para a questão do colírio é outro transtorno e precisam conhecer também essa logística e
604 ratificou que é louvável o que o Estado está propondo, de oferecer o colírio para esse paciente, porém que é difícil a entrega
605 desses colírios, todo mundo sabe como é difícil, assim eles tem que pensar numa logística, como isso vai chegar às regiões,
606 esse é um acesso difícil e todos sabem como é que funciona. **Ana Paula Andrade** acrescentou que esse seria outro custo que
607 o Estado iria ter. Além de ter um custo que foi autorizado pelo secretário de vinte cinco milhões de absorver essa terceira linha,
608 também teriam que estruturar seja SAFTEC, SUREGS ou o que fosse para poderem absorver esse processo de logística de
609 distribuição do colírio. Assim, esse seria uma situação que iria para a contra partida do Estado, não apenas na situação do
610 colírio, mas também da necessidade do apoio logístico. Esse apoio logístico assim como a portaria foi surpresa pra todo
611 mundo, foi surpresa também para SAFTEC, que está se dispendo a comprar medicação e organizar a estrutura para
612 dispensação. **José Antônio Rodrigues** aclarou do que era injusto em todo o processo o fato do estado em que não tinha
613 produção absolutamente nenhuma, passou até aumento de teto, e não sabem se esse aumento de teto vai atender glaucoma,
614 e que não há nenhuma garantia para isso. Isso parte para ser também um processo de nova distribuição de recurso, e
615 exemplifica que é como se você estivesse dirigindo um transatlântico e de repente resolvesse dar um cavalo de pau, é isso que
616 o Ministério da Saúde está propondo. Agora referiu que há duas CIB atrás, no início do ano, ele se manifestara a respeito de
617 adotarem um protocolo único porque estava claro que o aumento estava se dando em proporções geométricas, e refere que
618 esse ano eles tiveram isso muito mais equilibrado em Salvador, disse que com esse corte desde agosto passaram a fazer
619 pericia, então tem uma eleição randômica por paciente atendido, essa pericia é feita individualmente por outro prestador, o
620 instituto dos cegos que não faz atendimento de glaucoma, e mesmo com resultado da pericia que foi feita, eles não
621 alcançaram essa diminuição que o Ministério agora impôs a todos, ou seja, o que mostra que isso é totalmente distorcido. Ele
622 achava que tinha que fazer um grupo técnico que é esse que está sendo feito, e se estabelecer esse valor. E pontua que é
623 louvável a proposta da SAFTEC de fazer a distribuição da medicação. Para isso ter a velocidade que tem de ter, ele achava
624 que teria que ser assim, a SAFTEC fazer diretamente com o prestador, o que iriam ter problemas com o tribunal de contas e o
625 Ministério Público, mas isso não daria para passar de gestor para gestor para cuidar da distribuição para poder chegar no
626 ponto, lá na extremidade porque ninguém aqui vai ter velocidade para no fazer uma coisa nessa proporção, absolutamente,
627 não sem falar processo de perda de escala que o prestador de serviço vai ter e consequentemente comprometa assistência ao
628 paciente, não tinha dúvida quanto a isso, e eles iriam conseguir evoluir para isso fazendo-se a distribuição prestador a
629 prestador, o colírio na mão do profissional que está fazendo a assistência, seria a única maneira de conseguirem evoluir de
630 uma forma mais determinada. Era possível fazer. **Stella Souza** respondeu que não era essa proposta, não vai para o
631 prestador. **Ana Paula Andrade** colocou que o colírio teria um percentual que fica com o prestador. **Stella Souza** perguntou se
632 o Estado entregaria e **Ana Paula Andrade** disse que o processo de entrega o protocolo inclusive, diz isso, ela não pode
633 descumprir essa normativa tem que ser dentro do protocolo de entrega a assistente farmacêutica. **José Antônio Rodrigues**
634 perguntou quantos pacientes tem na Bahia inteira e **Ana Paula Andrade** respondeu que tem cento e setenta e um mil
635 pacientes. **José Antônio Rodrigues** falou que são mais cento e setenta e um mil, dentro de um sistema que teria que
636 implantar dentro de um posto de saúde para poder fazer a distribuição. **Ana Paula Andrade** ponderou que não, porque uma
637 parte desses pacientes permanecia numa linha de tratamento, da primeira linha, da segunda linha. **José Antônio Rodrigues**
638 disse que garantia a primeira e segunda, e deixando a terceira só fora, aí poderia fazer farmácia de referência, menos mal,
639 mas dificultava o paciente. **Ana Paula Andrade** falou que não tinha dúvida disso, mas era essa a única alternativa que se tinha
640 para garantir assistência, nesse momento ela referiu que não estava pensando nem na dificuldade de pegar os medicamentos,
641 ela não tinha trabalhado isso ainda. Eles estavam pensando em garantir essa assistência, se o Estado não tomasse essa
642 atitude de buscar passar seria complicado. **José Antônio Rodrigues** explicou que teoricamente em dezembro já não teria
643 colírio para distribuir. **Ana Paula Andrade** concordou plenamente, afirmando que seria exatamente o que aconteceria. **José**
644 **Antônio Rodrigues** achou que teria que ter uma alternativa de se levar isso até a SAIS e todos tentarem fazer uma nova
645 reprogramação disso, e referiu que isso já aconteceu no passado, em algumas situações. Talvez eles não estejam aquilando
646 problemas da Bahia. Ele tinha conversado na sexta-feira com Cleuza Bernardes sobre isso e ela pegava o exemplo de Sergipe,
647 a Bahia não é Sergipe, olha o tamanho da Bahia e os números de pacientes que tem. **Ana Paula Andrade** citou cento e
648 setenta e um mil em tratamento. **Stella Souza** disse que fora colocado por Cleuza na reunião do CONASEMS também a
649 mesma coisa, ela e Francisco fazendo a comparação da Bahia com Sergipe. O grupo de trabalho tinha que se reunir ainda
650 essa semana, quarta-feira. E sugeriu fazerem logo um encaminhamento e irem para discussão, não estavam pactuando nada.
651 **Odilon Rocha** ressaltou que quando abriram o que estava ali, tinham muitas distorções, não poderia passar por cima de tantas

652 distorções que está aqui. Não é somente a questão de ver a distribuição, as distorções são de atendimentos, de não
653 assistência. Colocou que veem uma quantidade de Municípios que não tem nenhum tipo de benefício da política de glaucoma,
654 além de se ter a dificuldade de avaliar como vai distribuir o que tem, muito menos distribuir a quem não está tendo
655 atendimento. Uns demonstram quando você tira isso aqui, eles fizeram essa política terminaram num certo momento correta,
656 depois houve umas distorções. Lembra muito bem que **Ana Paula Andrade** tem dois anos dando rédeas a essa questão do
657 glaucoma, então quando pegam as distorções que tem aqui veem que são terríveis, de atendimento e de falta de atendimento,
658 e refere para Ana Paula Andrade que faz essa discussão, da mesma maneira que ela tirou seus números, ele tirou os números
659 dele. Ele via com importância essa questão da distribuição da terceira, primeiro eles não tinham feito um detalhamento do que
660 é o glaucoma na Bahia totalmente, quais as distorções que existem, onde estão as distorções, quem são os prestadores que
661 fazem distorções, porque não é possível que no mesmo Estado você tenha um perfil epidemiológico diferente de cada clínica.
662 **Ana Paula Andrade** explicou que a proposta no grupo de trabalho, tem situações que tem Município que tem 27% de
663 cobertura da população em tratamento, e eles sabiam que não existia isso, têm vários, inclusive que tinham esse cenário já,
664 quanto têm acima de 10%, quantos estão de 3 a 5% que estão acima e quem está abaixo, esse diagnóstico eles já tinham,
665 mas não dava para trazer aqui porque é muito detalhamento, achava que no grupo técnico tinham como debruçarem nessas
666 questões. Referiu que tem vários municípios que tem uma situação muito grande, e a proposta para que se corrija isso é fazer
667 exatamente um protocolo de acesso mais seguro, seguro do ponto de vista que possa trazer um diagnóstico mais concreto, o
668 que é de fato, paciente precisa está em tratamento o que não está, e a idéia era que 100% desses pacientes possam fazer
669 esses procedimentos. Odilon Rocha opinou para na próxima reunião eles fazerem uma resolução CIB colocando essa situação
670 que está acontecendo na Bahia de desassistência, se eles tiverem a certeza absoluta que prestam esse atendimento, também
671 para não ficar desassistido e daqui a pouco vem a auditoria e mostra que eles não servem para nada, assim, eles tem que ter
672 essa certeza para questionar ao ministério que é injusto com a Bahia, pois agora tudo é o Paraná. **Stella Souza** propôs como
673 encaminhamento, o GT realizar a reunião, quarta-feira, dia 22 de novembro do ano de 2017, pela manhã, no COSEMS às
674 Nove horas. Referiu que já se manifestaram para fazer parte do GT: Odilon Rocha, Salvador com Edriene Marta, que é a
675 medica que trabalha com protocolo, Raquel da região norte, Raul Molina e Rosânia de Souza. Perguntou se tinha mais alguém,
676 era para fazer um estudo técnico de trabalho. Passou a palavra para o secretário. **Fabio Vilas Boas**, Secretário de Saúde do
677 Estado da Bahia deu alguns informes em relação a algumas entregas nesse mês de novembro e dezembro em várias regiões
678 do Estado, referindo que semana passada entregaram a primeira Policlínica Regional em Teixeira de Freitas, nessa sexta-feira
679 irão entregar a de Guanambi, na próxima semana inaugurarão o Hospital de Seabra, dia 01 de Dezembro. Na semana
680 subsequente, dia 08 inaugurarão a Policlínica de Irecê, na outra semana dia 15 será a inauguração do Hospital Regional da
681 Costa do Cacau, e finalmente no dia 22 é a inauguração da Policlínica de Jequié. Teriam também dia 18 a inauguração da
682 maternidade do Hospital da Criança com oitenta leitos de gestação de alto risco lá em Feira de Santana, também a
683 inauguração do SVO e da Escola de Saúde Pública, ainda no mês de Dezembro. Disse que, em relação a Ilhéus, ao Costa do
684 Cacau, tinha surgido nos últimos dias rumores de que o fechamento do Luis Viana Filho para reforma levaria desassistência
685 para a região Sul, ele garantiu que tinham firmado um acordo com a Prefeitura de Ilhéus para serem abertas unidades, ponto
686 de atenção de urgência na sede do município, tanto para atendimentos clínicos como para atendimentos ortopédicos 24 horas.
687 O Prefeito também se comprometera com o Estado em abrir um ambulatório de pediatria de segunda-feira a sexta-feira e
688 contratualizar clínicas de pediatria 24 horas na sede do município. Com relação à maternidade, manteriam o contrato com a
689 Santa Helena durante mais um ano, fariam um aporte financeiro complementar para reduzir a defasagem do contrato e
690 cederiam vários equipamentos para poderem qualificar a internação, a fim de receber o teto do contrato no que dizia respeito a
691 terapia intensiva e semi-intensiva no pré-natal. Disse que o Costa do Cacau abre dia 15 de dezembro, dia 16 o Hospital
692 Regional de Ilhéus passa a atender apenas pediatria, até ser iniciada a reforma, que deveria ser daqui pelo menos três meses,
693 quando os projetos executivos e complementares tiverem sido concluídos, a licitação concluída, de modo que o Estado
694 puddesse dar ordem de serviço para reformar/transformar o hospital como maternidade e hospital pediátrico para toda a região
695 de Ilhéus. Assim ficariam então com o Regional da Costa do Cacau para atender Urgência e emergência de adultos e o
696 Regional Luis Viana Filho para ser uma maternidade de âmbito microrregional, gerida pelo município de Ilhéus. Informou
697 também que outras deliberações tinham sido tomadas, eles transfeririam parte dos servidores de Ilhéus do Luis Viana para o
698 Hospital Costa do Cacau, parte permaneceria no Hospital Pediátrico, parte seria cedida para a gestão municipal, os
699 terceirizados seriam readmitidos no Costa do Cacau, preferencialmente na sua maioria. E que Uma transição coordenada e
700 funcionando direito não teria nenhum problema. Em relação às outras inaugurações, teriam uma série de intervenções
701 programadas para 2018. Dariam agora ordem de licitação para Camaçari, construção da maternidade de lá, em Prado
702 Valadares a duplicação ficaria pronta em março, Barreiras fora autorizados noventa leitos de ampliação, destes sendo vinte de
703 UTI e dez de NEO. Irecê fora autorizada e em Barreiras seria instalada a oncologia e cirurgia cardíaca com hemodinâmica, e a
704 mesma coisa de Irecê: oncologia, cirurgia cardíaca hemodinâmica, ampliação de UTI neo, semi neo, leito de cirurgias e
705 internação ontológica. Alagoinhas, autorizada a ampliação de mais dez leitos de UTI no Hospital Regional Dantas Bião e
706 autorização para ampliação da internação cirúrgicas. Em Pombal, autorizada à duplicação do centro cirúrgico e ampliação da
707 UTI adulto e a construção de dez leitos de UTI neo. Em Senhor do Bonfim reformariam o Hospital Municipal e implantariam
708 uma UTI adulto e um tomógrafo. Em Jacobina, estavam estudando junto à Prefeitura a reabertura do Hospital Regional para
709 ser de adulto e o Hospital Municipal ficaria como materno infantil, atendendo a UTI neo, já construída. No Geral Clériston
710 Andrade, está sendo iniciada a reforma da emergência são cinco milhões de reais na ampliação e requalificação da
711 emergência do Clériston, com inauguração da Maternidade do HEC (Hospital Estadual da Criança), começando a reforma para
712 as áreas de internação e construir mais quarenta leitos de internação ortopédica e mais vinte leitos de UTI dentro do Clériston.
713 Em Santa Maria da Vitória estão finalizando um acordo com dez prefeituras para ampliar o Hospital Santa Maria da Vitória e
714 construir ali um Hospital Regional com custeio rateado entre as prefeituras. Em Bom Jesus da Lapa, estão investindo também
715 na construção de uma UTI adulto neo e uma semi neo e um centro de bio-imagem, para atender toda a região sudoeste. E em
716 Vitória da Conquista inaugurariam agora em fevereiro a ampliação da emergência com mais uma UTI de vinte leitos e com isso
717 concluem essa fase de obras. O Afrânio Peixoto entraria em obra para ser um hospital de retaguarda do Hospital de Base com
718 cerca de cinquenta leitos cirúrgicos, isso tudo concluído ainda no ano de 2018. E com a inauguração de mais cinco policlínicas

719 que ficariam prontas em maio: Valença, Santo Antônio de Jesus, Alagoinhas, Feira de Santana e Simões Filho, com duas em
720 Salvador, sendo que uma fora autorizada e a licitação publicada sábado no Diário Oficial e a outra se tentariam conseguir um
721 terreno para construir. Mais sete policlínicas seriam lançadas no edital de licitação no começo do ano: Paulo Afonso, Juazeiro,
722 Bonfim, Jacobina, Barreiras, Itabuna e Vitória da Conquista, assim, referiu que completarão um pacote de dezoito policlínicas
723 que foram autorizadas pelo Governador. Com relação a PPP de imagens, referiu que continuam tentando regular o acesso aos
724 exames e oferecer a maior quantidade possível deles para regiões que ainda não foram atendidas pelas policlínicas. Hoje pela
725 manhã tiveram reuniões com o sistema de regulação sendo decidido oferecer as vagas para o sistema fila única da regulação,
726 assim serão oferecidas para todo interior e capital uma proporção de 20% das vagas para capital e 80% para o interior
727 correspondente a representação de cada um com a proporcionalidade de habitantes do Estado, então quem tiver demandas de
728 tomografia e ressonância com ou sem sedação deve procurar a SUREGS para entrar no sistema fila Única para poderem
729 acessar esses exames em Salvador e nos Hospitais regionais de Guanambi, Vitória da Conquista, Jequié, Camaçari e Ilhéus
730 com o hospital novo. **Stela Souza** agradeceu ao Secretário, e destacou que o que eles mais queriam era isso mesmo
731 melhorias, e referiu que hoje só tem notícias boas, apesar de algumas ruins como a questão do glaucoma e do FAEC como um
732 todo. Comentou a fala do secretário onde ele colocou a questão do fila única, ela aproveitou o momento e intervalo de
733 anúncios, o COSEMS em nome dos secretários principalmente os da região de Teixeira de Freitas agradecem que foi
734 inaugurada a primeira Policlínica do Estado, e refere que o COSEMS estivera lá presente junto com os gestores da região.
735 Menciona que queria trazer aqui os agradecimentos ao senhor Secretário pela região, pelo próprio COSEMS em si, por esse
736 avanço, realmente tiveram lá, conheceram a policlínica, viram de perto e já tem a comprovação dos próprios Secretários que
737 agendaram os pacientes para serem atendidos lá, e o que ela viu foi coisa de primeiro mundo. Disse até que queria ser
738 acompanhada lá, porque todos precisam ser tratados com carinho e é bom, o ambiente é todo climatizado equipamento de
739 primeiro mundo, ela elogiou muito a policlínica. Fora colocado pelos secretários da região que essa facilidade principalmente
740 dos especialistas que é muito difícil para se conseguir principalmente nos municípios pequenos esse acesso e essa policlínica
741 vem trazendo. E ratificou que o que quer é parabenizar o Governador Rui Costa, agradecer a ele, parabenizar ao Secretário
742 Fábio que sabem do esforço e do trabalho que tem sido feito para que essa policlínica realmente fosse acontecer de verdade e
743 não de fachada, porque de inaugurar elefante branco estão cheios, já viram muito por aí, e que continuem como começaram,
744 bem. Ontem referiu que embarcou em Porto Seguro com duas colegas que são da região de Teixeira de Freitas, uma delas
745 colocou que tinha ficado até tarde, quase perdendo o voo, por ter ficado lá colocando os pacientes, ela Secretária mesmo
746 lançou no sistema porque quis testar como funcionava, e é assim que os gestores da região estão fazendo. Realmente aquilo
747 que é bom tem que falar e agradecer e que o Governador realmente continue esse trabalho em todas as regiões e todos
748 aqueles que puderem acrescentar em todas as policlínicas, se pudesse uma em cada uma das vinte e oito regiões de Saúde era
749 o que eles queriam, se puder que chegue até lá. Também homenageando os homens, Secretário José Antônio Rodrigues e
750 todos os outros ali presentes. Lembrou e pediu para todos abraçarem, a campanha de combate ao câncer de próstata.
751 Naquele momento fortalecia a campanha e as policlínicas estão atuando exatamente nessas áreas. **Fábio Vilas Boas** falou
752 que na semana passada esteve em uma reunião com o Hospital de câncer de Barretos, e referiu que ele tem um programa de
753 rastreamento, fazem gestão de uma unidade em Juazeiro, e a intenção dele era se fechar aqui na Bahia em modelo
754 semelhante ao que eles têm em outros locais do Brasil com unidade fixa e unidade de rastreio acoplado. A idéia do
755 Governador foi que ao invés de construir uma unidade fixa na Bahia, que se fixasse numa policlínica, inicialmente eles iam
756 se fixar na região de Jequié e iniciar um programa de rastreio de câncer na região de Jequié. Tiveram uma reunião com a
757 fundação Avon que é quem patrocina e banca o investimento de cada programa desse e cada um custa quatro milhões de
758 reais de equipamentos e em duas reuniões sucessivas com a Avon e eles fecharam um acordo para que todas as policlínicas e
759 mais o Hospital da Mulher de Salvador. Referiu que vem a partir desse mês com o serviço de mastologia e ginecologia gerido
760 pelo Hospital do Câncer de Barretos. Isso vem acompanhado de um mamógrafo e com estereotaxia em cada policlínica e mais
761 uma carreta de rastreio de mama e colo de útero, assim terão em cada região de policlínica e mais na região metropolitana de
762 Salvador uma carreta fixa rodando de segunda-feira a sexta-feira rastreando as mulheres pra câncer de mama e colo de útero,
763 encaminhando para as unidades de referencia, fazendo as biopsias nas policlínicas guiadas por ultrassom ou por esterotaxia
764 de mamografia e quando necessário ser submetida a cirurgias parciais e totais, eles absorveram no Hospital da Mulher essa
765 demanda de retirada de mamas, dentro das dezesseis salas que tem no Hospital da mulher. Assim, finalizar referindo que
766 essa era uma excelente notícia que queria trazer para todos, e que deveriam ser o Estado do País com maior cobertura de
767 rastreamento de câncer de mama e colo de útero já a partir de 2018, isso é uma notícia muito boa para o governo, para
768 população que vai se beneficiar de algo inusitado no País que é tentar se reduzir ao máximo o número de casos de diagnóstico
769 tardio de câncer de mama. **Stela Souza** deu seguimento ao número de pauta: Já pactuado glaucoma, que iria para o GT.
770 Pedro Alcântara falou que tinha entendido tudo mais era uma questão pontual. Deu exemplo de Juazeiro o núcleo norte,
771 dizendo ser esse o núcleo que ele coordenava e tava preocupando muito a questão do glaucoma, Paulo Afonso e Senhor do
772 Bonfim os prestadores estão fazendo o serviço, Juazeiro prestador anterior abi licor do processo, uma nova clinica se habilitou,
773 foi aprovado na CIR e na CIB, são dez municípios da região de Juazeiro que não virão aí na fala de Ana Paula Andrade
774 nenhuma manifestação em relação a essa questão. Já foi aprovado em CIR e CIB só falta agora, a clínica está habilitada, só
775 falta agora à autorização para a clínica atuar. São dez Municípios que tentam essas propostas e não vão ser contemplado com
776 quinhentas mil pessoas. Nesse momento foi interrompida a gravação, por problema técnico, portanto registramos apenas os
777 slides da apresentação feita por **Ana Paula Andrade**:
778
779
780
781
782
783
784
785

786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852



SISNEFRO

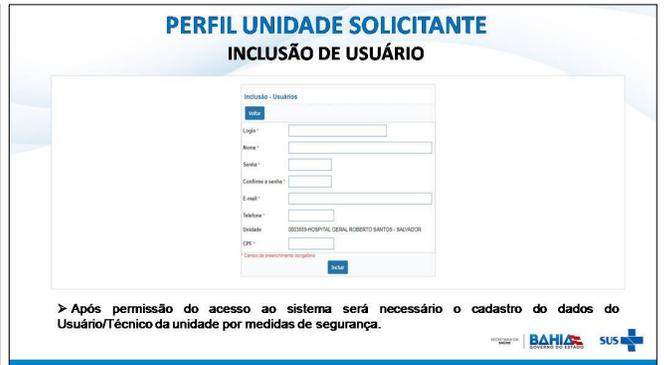
SISTEMA DE REGULAÇÃO EM TRS

O Sistema de regulação de TRS foi criado visando garantir o acesso dos pacientes que precisam desse tipo de tratamento, elencados em uma fila única garantindo dessa forma a equidade, possibilitando ainda a identificação da capacidade instalada das Unidades Executoras o que permite um melhor gerenciamento de todos os serviços disponíveis ao SUS no Estado.

O SISNEFRO será operacionalizado/gerenciado pela Comissão Estadual de Nefrologia (CEN), que será responsável pela avaliação e autorização das inclusões dos pacientes nas Unidades de TRS no que se aos pacientes encaminhados pelas SMS e/ou Unidade Hospitalar.

Centro de Referência em Nefrologia

SECRETARIA DA SAÚDE | BAHIA GOVERNO DO ESTADO | SUS



853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919

PERFIL UNIDADE SOLICITANTE MENU CONSULTA

> Quando o Perfil Unidade Solicitante for acessado pela Secretaria Municipal de Saúde, esta poderá visualizar no menu cadastro todas as Unidades Executoras que realizam o serviço na região, bem como os Pacientes em Tratamento.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA

PERFIL UNIDADE EXECUTORA TELA DE ACESSO

> **LOGIN:** Código CNES da Unidade Executora
 > **SENHA:** Código CNES da Unidade Executora
 *Obs.: a senha é provisória e deverá ser alterada após o primeiro acesso

PERFIL UNIDADE EXECUTORA INCLUSÃO DE USUÁRIO

> Após permissão do acesso ao sistema será necessário o cadastro do dados do Usuário/Técnico da unidade por medidas de segurança.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA REGISTRO DA CAPACIDADE INSTALADA

> Logo em seguida a unidade incluirá dados essenciais para análise da oferta do serviço na Unidade Executora como Qtd de Turnos no Atendimento, Equipamentos e Pacientes.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA TELA INICIAL

> Na **TELA INICIAL** o usuário do sistema identificará o menu disposto no topo, além de possibilitar a visualização dinâmica do fluxo de solicitação conforme demanda cadastrada.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA MENU CADASTRO

> Ao clicar no menu **CADASTRO DE PACIENTE** o usuário do sistema deverá obrigatoriamente iniciar essa ação inserindo o **CNS** do Paciente, para seguir ao formulário de cadastro.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA MENU CADASTRO

> No preenchimento do formulário atentar para todos os campos obrigatórios destacados com *, onde o não preenchimento impedirá a finalização do cadastro.

920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986

PERFIL UNIDADE EXECUTORA

MENU CONSULTA

> Integra o menu CONSULTA as seções Em Tratamento e Saída do Paciente a qual permitirá acompanhar os desdobramentos do fluxo.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA

MENU CONSULTA

> Em caso de Saída do Paciente, a Unidade deverá definir o motivo como Óbito, Transfêrência ou Transplante, atentando para todos os campos obrigatórios.

PERFIL UNIDADE EXECUTORA

MENU CONSULTA

> Em caso de Saída do Paciente, a Unidade deverá definir o motivo como Óbito, Transfêrência ou Transplante, atentando para todos os campos obrigatórios.

PERFIL

COMISSÃO ESTADUAL DE NEFROLOGIA

PERFIL CEN

TELA INICIAL

> Na TELA INICIAL além do menu funcional, a CEN poderá fazer uma leitura dinâmica das Unidades Solicitantes, considerando os desdobramentos do fluxo.

PERFIL CEN

MENU CADASTRO

> Ao clicar no menu CADASTRO DE PACIENTE o usuário do sistema deverá obrigatoriamente iniciar essa ação inserindo o CNS do Paciente, para seguir ao formulário de cadastro.

PERFIL CEN

MENU CADASTRO

> No preenchimento do formulário atentar para todos os campos obrigatórios destacados com *, onde o não preenchimento impedirá a finalização do cadastro.

SISNEFRO

MENU CONSULTA

> Integra o menu CONSULTA as seções Solicitações, Aguardando Tratamento, Encaminhado para Unidade, Em Tratamento e Saída (AITA).

987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053

SISNEFRO MENU CONSULTA

> Ainda no menu Consulta, a seção **Em Tratamento** permite acompanhamento atualizado da situação dos pacientes em tratamento.

REUNIÃO TRS

REUNIÃO TRS

Seguindo o cronograma estabelecido em reunião de 30/10/2017, com Municípios e Unidades com o Serviço de TRS, ficou definido que os municípios Eunápolis, Salvador e Senhor do Bonfim, e suas respectivas Unidades, seriam pilotos para iniciar o novo fluxo no SISNEFRO, conforme acompanhamento das datas abaixo:

- **30/11/2017:** Prazo limite para cadastramento no SISNEFRO de todos os pacientes que se encontram em tratamento de hemodiálise nas Unidades Piloto;
- **01/12/2017:** O sistema será disponibilizado para acesso de todos os Municípios / Unidades;
- **01/01/2018:** A partir dessa data o acesso dos pacientes será apenas através do fluxo sistematizado possibilitado pelo SISNEFRO.

REUNIÃO TRS

Para acesso ao SISNEFRO, encaminhamos aos Municípios / Unidades os Ofícios Circulares nº 37/2017 (SMS) e nº 38/2017 (Unidades), ambos datados de 07/11/2017, contendo as seguintes informações:

- **LOGIN;**
- **SENHA;**
- **LINK:** <https://sisnefro.saude.ba.gov.br>

REUNIÃO TRS

> Cenário Atual do cadastro de pacientes inserido no SISNEFRO através da Unidade Executora:

MUNICÍPIO	UNIDADE EXECUTORA	PACIENTES CADASTRADOS
EUNÁPOLIS	CLÍNICA SANTA CRUZ	201
Total Eunápolis		201
SALVADOR	HOSPITAL PORTUGUÊS	52
	IRUPES	82
	INED	315
	NEPHRON BARRIS	1
	NEPHRON ITAPUÁ	88
Total Salvador		538
SENHOR DO BONFIM	CLINEFRO	196
Total Senhor do Bonfim		196
Total Geral		935

Obs.: Dados passíveis de alteração conforme novas inserções.
Fonte: SISNEFRO / SUREGS

REUNIÃO TRS

Não compareceram a reunião de 30/10/2017 os Municípios e Unidades abaixo listados:

- **UNIDADES:** UNISANG (Barreiras), H. Dom Pedro Alcântara (Feira de Santana), H. M. Antônio Teixeira Sobrinho (Jacobina), CLINEFRO (Juazeiro), Hospital do Rim (Guanambi), NEFROVITA (Lauro de Freitas), CLINEFRO (Sr. do Bonfim), CLIRENAL (Paulo Afonso), Clínica IUNE (Salvador), Clínica Hemodiálise Nossa Sr.ª da Graça (Salvador), Clínica Nephron (Vitória da Conquista);
- **MUNICÍPIOS:** Alagoinhas, Camaçari, Ilhéus, Juazeiro, Itaberaba, Paulo Afonso, Porto Seguro, Sto Antônio de Jesus.



1054 **Ana Paula Andrade** falou que tinham trazido nesse vídeo conferência na semana passada que ele está usando como base a
1055 relação de cadastro que encaminharam lá atrás em junho, quando tinham mandado para ele usar como base aquilo ali. Não
1056 sinalizou da necessidade de atualização, o Estado da Bahia já atualizou 100% desse cadastro, mas está fazendo um balaço do
1057 cartão nacional que está na listra única e cartão nacional que está na AIH com eletiva faixa FAEC, se não estiver no sistema
1058 ele não paga AIH como a AIH de cirurgias eletivas, ele está simplesmente pagando com o valor tabela normal, além disso uma
1059 das questões que Odilon Rocha sempre enfatizou, estava aliado ao teto MAC, ele está olhando a execução do MAC se não
1060 executou, não paga como FAEC isso foi o que acabou sendo passado na videoconferência, se você não bateu o MAC e está
1061 pensando em pegar o recurso para usar com eletiva, todo mundo ciente que bate seu teto MAC mantenha sua série histórica
1062 do que vier produzindo, aí sim você faz cirurgias eletivas com recurso do FAEC. Você vai até autorizar como faixa diferenciada
1063 quando o Ministério for processar conta para renumerar os municípios, porque a renumeração é, pois produção, ele
1064 simplesmente não vai pagar essa conta, então é interessante que todos fiquem ciente que não pode substituir a produção do
1065 FAEC pela produção do Mac que o Ministério não está pagando. Aqui é um cenário nacional de execução, a Bahia não
1066 executou nada, mas assim como a Bahia tem outros Estados também que não executaram, mas em linha geral só foi
1067 executado menos de 15% de cirurgias eletivas em todo o Brasil, agora era trabalhar e fazer as cirurgias eletivas acontecerem
1068 em um mês e meio. **Stela Souza** quis esclarecer uma pergunta que alguém tinha feito a ela naquele dia. Apesar de ter ouvido
1069 lá na CIT o Secretário Executivo do MS, Antônio Carlos Nardi, ter colocado que só vai pagar quem estiver na listra, apesar da
1070 agente saber que o próprio Ministério foi dito lá na CIT, eles cobraram porque estavam ligando para os pacientes dos seus
1071 municípios, vários aqui sabiam. Eles estavam com essa listra utilizando. Para tirar uma dúvida. Existe a possibilidade de trocar
1072 nome na listra Única, se estava havendo a troca de nome na lista única. **Ana Paula Andrade** respondeu que sim, o Ministério
1073 não impossibilitara, estavam falando de um cadastro que pra alguns municípios desde o início do ano, o paciente já pode ter
1074 morrido, pode ter feito a cirurgia, uma contra indicação, desistido tem tudo isso. Estavam levando em consideração e no ato da
1075 identificação, chegou à vez dessa paciente qual a hipótese dele não ter feito esses caracteres lá, ia ter aquele recurso
1076 sobrando, então ele pode ter substituído sim sem nenhum problema. E relatou que Salvador lhe trouxera a situação de que
1077 havia alguns pacientes com esses procedimentos, mas já tinham sido feitos em outro momento e tinham outros na lista; os
1078 pacientes que estavam na lista acabaram subindo para ocupar aquele recurso. Informou que o Ministério da Saúde estava
1079 avaliando qual é a proporção disso, porque se tem um volume de cem pacientes e noventa e nove foram substituídos é porque
1080 aqueles cem não existiam, por isso que o Ministério ligou para alguns pacientes para saber a veracidade do cadastro, se tinha
1081 de fato ou não indicação cirúrgica ou se estava aguardando para fazer cirurgia. Colocou que essa possibilidade não estava
1082 sendo bloqueada, tendo em vista todas essas situações que tinha colocado e considerou importante relatar uma situação, até
1083 pelo tempo que está se esgotando para execução, que o Ministério da Saúde abriu a possibilidade de reprocessamento dos
1084 pacientes que estavam na lista e foram faturados como paciente de MAC, isso significa que os pacientes que estavam
1085 cadastrados em julho, agosto, setembro, a Bahia, por exemplo, só começou a rodar efetivamente em outubro, pode
1086 reprocessar a competência de julho, ou seja, o Ministério abriu para pactuação a partir de julho de 2017 dos pacientes que
1087 estavam cadastrados na lista, não são pacientes sem cadastro e sim que foram realizadas cirurgias nesse período e que foram
1088 processados como MAC, não são pacientes novos, o paciente que estava cadastrado em julho, quando não tinha sido
1089 pactuado ainda, mas o paciente estava cadastrado e processou como MAC, então pode reprocessar como FAEC sem nenhum
1090 problema. Ressaltou que estava sinalizando isso para aquelas situações onde o município vai perder o dinheiro, então nessa
1091 hipótese, já que pagou MAC pode reprocessar como FAEC, essa foi uma alternativa que o Ministério tinha dado, no vídeo
1092 conferência. **Odilon Rocha** lembrou que na reunião do COSEMS pela manhã, Stela tinha dito que só seria pactuado o que a
1093 assembléia dissesse e como Ana Paula Andrade não estava não teve pactuação, lembrando que neste momento já era a
1094 reunião da CIB. Observou que só estava se falando dessa lista, os outros parâmetros ninguém falava e fez a seguinte leitura:
1095 “fica estabelecido que o número de procedimentos que exceder a média mensal do procedimento cirúrgico eletivo realizado
1096 pelo gestor, será financiado pelo fundo estratégico”, isso significa que se fizer qualquer cirurgia acima do seu teto quem deveria
1097 financiar era o FAEC. Ressaltou que na anterior o próprio sistema diz que isso pode ser feito em forma de mutirão ou de
1098 cirurgia eletiva de rotina e ponderou que só estava sendo levada em consideração a questão da lista como inclusão. Colocou
1099 que não aceitava o fato de que o município de Salvador teve a lista que quis e ele não pode fazer em seu município, então
1100 considerou dois pesos e duas medidas, porque Salvador reclamou que tinha colocado a lista por orientação do próprio
1101 Ministério. **Stela Souza**, como Coordenadora da CIB, esclareceu que foi feito lista única desde o início, inclusive tem gravação
1102 e resumo da reunião no COSEMS onde foi dito que tinham vários municípios sem inserir nome na lista, ou porque não
1103 entendeu, ou porque o secretário teve dificuldade, ou qualquer coisa assim e Salvador neste mesmo dia relatou que tinha
1104 mandado sua lista para o Ministério, foi aberto para salvador reapresentar a lista assim como todos os municípios que não
1105 tinham mandado puderam cadastrar, portanto considerou necessário esclarecer porque na fala de Odilon Rocha ficava
1106 parecendo que Salvador estava sendo beneficiado. **Odilon Rocha** afirmou achar isso mesmo, lembrando que a primeira
1107 relação mostrada nesta CIB tinha trinta e um mil procedimentos, Ana Paula Andrade pegara a lista dos tinha trinta e um mil
1108 procedimentos e colocou na lista de cirurgias eletivas, então ficou cinco mil, quando foram multiplicados esses cinco mil dava
1109 um valor de doze milhões então sobrava seis milhões, a lógica de fazer uma nova listagem foi porque sobrou dinheiro depois
1110 da primeira lista a qual inclusive ele tinha aprovado, deixando claro que o que não aprovava agora era o resultado dos três
1111 milhões porque não teve nenhuma lista, foi um critério da SESAB com alguém. **Ana Paula Andrade** lembrou que fora dito no
1112 GT que tinha nove milhões, seria garantido 100% que não teria nenhuma pactuação e o resíduo seria distribuído proporcional
1113 ao cadastro e foi feito exatamente assim. Mostrou a planilha correspondente e exemplificou com o município de Salvador que
1114 teve no primeiro momento um milhão seiscentos e setenta e cinco de pactuação, teve um cadastro de cento e um mil e com o
1115 rateio dos três milhões trezentos e pouco ainda recebeu quarenta e sete mil, porque os cento e um mil que tinha cadastrado
1116 correspondiam a um percentual de 1.427 dos três milhões trezentos e dezenove, que foi o que sobrou, e com esse valor o
1117 estado agiu da seguinte forma, tinha três milhões para pagar uma conta de sete e como seria feito o rateio nesse processo,
1118 qual o percentual que cada um cadastrou referente aos sete milhões, foi colocado ali, quanto correspondia desse percentual,
1119 foi colocado ali, o rateio que foi feito dos três milhões que Dr. Odilon estava argumentando foi nessa lógica que foi feito, não foi
1120 dado a mais nem a menos para ninguém, não havia nenhuma alternativa de avaliação que se tivesse um tratamento igualitário

1121 para todos que não fosse o rateio por percentual de cadastro referente ao recurso de resíduo. Explicou que fora isso que tinha
1122 sido feito, série histórica continuaria beneficiando quem tivesse condições de fazer. Concordou que o processo demorou, mas
1123 foi o processo mais justo que existiu, a demanda reprimida que cada Município tinha de fato e quem fez de fato seu dever de
1124 casa ele foi contemplado aqui. **Odilon Rocha** questionou dizendo que ele não gostou porque ela colocava que foi ela, sendo
1125 que ele estava na reunião. **Ana Paula Andrade** explicou que ela não, ela trouxe a proposta e eles pactuaram. Perguntou a
1126 mesa da CIB e a Odilon qual era a alternativa do rateio com os três milhões e colocava para pactuação, explicou que não
1127 existia nenhuma proposta diferente para você ter um rateio mais justo, o que ela pegou foi o percentual de cadastro beneficiou
1128 inclusive todos os Municípios que já tinham o recurso da primeira pactuação, considerando o valor que ele cadastrou no
1129 segundo momento. **Odilon Rocha** recorreu que a portaria que estava ali, dizia que era possível fazer uma nova lista tirando
1130 daqueles que não passaram e ver qual a sobra. **Ana Paula Andrade** aclarou que era exatamente isso que foi feito e **Odilon**
1131 **Rocha** perguntou hoje quantos eles tinham cobrindo disso. **Ana Paula Andrade** respondeu que nada, foi isso que ela tinha
1132 passado para ele. **Stela Souza** pediu para todos serem maduros e no seu município não faria nenhuma cirurgia porque está
1133 tão complicado que seria melhor pegar um município que está afim e colocar para fazer tudo. Até o dela que ela fez um
1134 trabalho, ela como secretaria colocou os agentes comunitários para irem pra rua para poder buscar todos os pacientes que
1135 estavam com pendência de cirurgia, deu esse exemplo aqui em reunião de CIB e COSEMS, fiz o dever de casa. Com relação
1136 ao que Odilon Rocha questionava, os três milhões e para série histórica não tem lista, serie histórica é dizer assim o João aqui,
1137 Odilon lá em São Félix, lá no seu hospital tem uma série histórica de 'X' e aí queria recurso para cobrir essa série histórica,
1138 agora questionou quem seriam os pacientes já que não tem lista, porque serie histórica não tem lista. **Ana Paula Andrade**
1139 respondeu que o Ministério é categórico, ele quer a lista de pacientes, indicou veja a videoconferência, e referiu que quer a lista
1140 de pacientes. **Odilon Rocha** questionou que Ana Paula Andrade era para ter chegado mais cedo para mostrar a
1141 videoconferência. **Ana Paula Andrade** justificou seu atraso dizendo que ela estava tratando das pautas da CIB que foi
1142 antecipada e não teve tempo hábil, ainda doente com febre e estava ali à disposição para fazer a discussão. **Stela Souza**
1143 chamou atenção dizendo que ainda tinha alguns pontos que eles precisam resolver. Fez o encaminhamento, os doze milhões
1144 da primeira já foram aprovados liberados para o povo fazer logo a cirurgia porque não vai dar conta, e jurava que no início de
1145 fevereiro estarão todos aqui nessa CIB dizendo dos dezoitos milhões que não conseguiram executar oito. **Odilon Rocha**
1146 perguntou de quem era a culpa. **Stela Souza** respondeu que a culpa era dele que ficava segurando as discussões, mas tudo
1147 bem você é membro de CIR, secretário tem direito. O Encaminhamento dela era dos dozes milhões aprovar logo publicar
1148 imediatamente, os Municípios que não fizeram na primeira e que na segunda já estava pactuado que seria contemplado 100%
1149 aí daria quinze milhões, perguntou a Ana Paula Andrade quanto daria a soma e **Ana Paula Andrade** respondeu que primeiro e
1150 segundo daria dois milhões e trezentos, sobra três milhões e trezentos. **Stela Souza** ponderou que os três milhões e trezentos
1151 ficaria para a próxima CIB, o grupo discutiria. **Ana Paula Andrade** corrigiu que não tinha problema, devolveria o dinheiro.
1152 **Stela Souza** disse que os municípios que foram contemplados com esses três milhões. Ela estava fazendo o encaminhamento
1153 que os dozes milhões aprovado na primeira remessa saíssem na portaria, quer dizer na resolução CIB, os dois milhões e
1154 quatrocentos da segunda saísse na resolução CIB, os três milhões e trezentos constem na resolução que será aprovada na
1155 próxima CIB, portanto haverá uma discussão daqui até lá porque chegava dezembro, janeiro, e eles executam quinze é melhor
1156 que nada. Perguntou se todos concordavam com o que estava sendo colocado ali de liberarem logo os doze, ficarem só três e
1157 depois resolverem. **Todos concordaram.** **Ana Paula Andrade** colocou que os três milhões ficariam no teto do Estado. **Stela**
1158 **Souza** falou que na próxima CIB decidiria para onde iria. **Odilon Rocha** falou que tinham marcado e lhes desrespeitado que
1159 são do conselho, foram para reunião, depois a segunda reunião não teve. **Stela Souza** encerrou aprovado pela plenária e pela
1160 mesa aqui, Odilon aprovou, os três milhões ficam sem executar não tinha problema. Próxima pauta, aprovação das emendas
1161 parlamentares de construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos e convênios do Município e Estado, pulou a
1162 aprovação do regimento da CRIE. Aprovação do regimento da CRIE ele já veio na pauta passada, ia passar para Cássio para
1163 ele falar, e os representantes do COSEMS. **Cássio Garcia** disse que a CRIE teve na última CIB e retornou para ver a
1164 representação do COSEMS. A CRIE em reunião realizada na segunda passada, uma semana atrás, validou o regimento sem a
1165 presença do representante específico do COSEMS considerando que os Municípios já estão representados, então ficava aqui
1166 se não tivesse nenhuma consideração, **aprovado o novo regimento da CRIE.** **Stela Souza** discorreu que o próximo ponto é
1167 COSEMS/GASEC. **José Antônio Rodrigues** perguntou que no que dizia respeito às emendas, se tinham fechado e **Stela**
1168 **Souza** falou que entrariam agora. Esse ponto, do COSEMS e GASEC, eles tinham problemas com várias emendas de
1169 municípios e também parecia que o Estado, Emenda de construção reforma, ampliação e aquisição de equipamentos e
1170 convenio no município do Estado da Bahia. O que eles tinham que colocar para ficar registrado, na reunião passada eles
1171 tentaram um consenso para sair uma resolução que já autorizava que publicassem *ad referendum*, todas as emendas que
1172 chegassem que os Municípios encaminhassem mais infelizmente dera dissenso na reunião, por parte do Estado, o COSEMS
1173 defendera, mas não conseguira e aqui, se não tivesse consenso não passaria, por isso a CIB está acontecendo hoje dia 20 de
1174 novembro de 2017, porque o Ministério de Saúde só deu o prazo até dia 22 para que os Municípios pudessem inserir a
1175 resolução aprovando aquela emenda, seja de Convenio ou do que for no site do fundo, então para isso hoje vão apresentar as
1176 Emendas que estão paradas lá na CIB para sair uma leva de autorização de aprovação e ao mesmo tempo aprovar uma
1177 resolução CIB que amanhã pode chegar um Município com Emenda e aí não ter como publicar porque a CIB foi Hoje. Vão
1178 pedir realmente que aprove aqui uma resolução autorizando sair o Ad referendum para não prejudicar os Municípios e não
1179 esperar até vim à próxima CIB. Tudo que vir até qualquer dia. Ministério disse 22, mas ele podia chegar amanhã e dizer vai
1180 para dezembro, então Município tem lá, apareceu com uma Emenda lá e de repente precisa, ou aparecesse com uma emenda
1181 ele teria o direito, para eles não cercearem esse direito dos municípios. Pediu a Nanci Salles para colocar as relações dos
1182 Municípios. Referiu que hoje pela amanhã leu e alguns municípios questionaram as pendências, que não tem pendência de
1183 necessidade, que era o ofício, a proposta e a diligência. O município tinha colocado para eles hoje que tinha sido projeto
1184 arquitetônico e isso não precisava, então estaria posto na resolução, até porque projetos principais e complementares. **José**
1185 **Antônio Rodrigues** acrescentou a fala de Stela Souza dizendo os estudos e executivos, isso fica separado na sua inteireza
1186 até porque o Ministério não exige. **Stela Souza** continuou referindo que o Ministério não exige para dar parecer favorável e
1187 essa é uma análise que o Ministério faz posteriormente não nesse momento, então esse impeditivo também tiraram da própria

1188 resolução, não está mais no programa, então assim, município conseguira Emenda, eles queriam que ele recebesse, eles não
 1189 podiam ser aqui impeditivos para isso. **Nanci Nunes** iniciou a apresentação do item **5.1** da Pauta desta Reunião Ordinária,
 1190 sobre Aprovação das Emendas Parlamentares de construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos e convênios de
 1191 municípios e estado. Apresentou a relação de todos os municípios que já estão com resolução aprovadas em *ad referendum*
 1192 até a 252ª reunião da CIB, faltando apenas encaminhar a Ata do Conselho e o Formulário 4 da CIR, para fazerem a
 1193 ratificação na reunião da CIB de dezembro. Ressaltou que esta apresentação estaria disponível no site da CIB e pontuou que,
 1194 para os já aprovados, existe um item na resolução desses municípios informando que eles devem encaminhar a Ata do
 1195 Conselho e a aprovação da CIR, a não ser que tivesse um entendimento de que não se faria mais necessário. Em relação aos
 1196 que tinham ido para a 253ª Reunião CIB, de 20 de novembro de 2017, foram nove propostas, uma de ampliação, uma de
 1197 ampliação de casa de saúde, três de reforma e quatro de aquisição de equipamentos com implantação de serviço novo.
 1198 Esclareceu inclusive que o Ministério da Saúde vinha realizando a solicitação na diligência da inclusão de resolução CIB, nos
 1199 casos de aquisição de equipamentos para municípios que fossem implantar serviços novos, mas se não fossem implantar um
 1200 serviço novo, por exemplo, raio-X, tomografia, serviço de ressonância, laboratório ou qualquer outro serviço novo, não se fazia
 1201 necessária resolução CIB para aquisição de equipamentos. Relacionou os municípios, conforme a tabela abaixo:

MUNICÍPIO	N. PROPOSTA	N. EMENDA	OBJETO
Wanderlei	911331/17-005	27390006	Ampliação Casa de Saúde
Cotegipe	10413214000/1170-13	27390006	Aquisição de Equipamento e Material Permanente
	10413214000/1170-15	34870009	
Inhambupe	912092/17-003	27450004	Reforma e ampliação de Hospital Antonio Carlos Magalhães
Presidente Jânio Quadros	11748562000/1170-21	27510011	Aquisição de Equipamento e Material Permanente
Ubatã	912780/17-001 (CONVÊNIO)	-	Reforma de Unidade Hospitalar
Rio de Contas	910613/17-007	31660008	Reforma de Unidade de Atenção Especializada
Itabuna (SES)	058166300001/177-15	71060002	Aquisição de Equipamento e Material Permanente para implantação de Policlínica de Itabuna
Paulo Afonso	08704.475000/117-007	17180008/37700005	Aquisição de Equipamento e Material Permanente para Unidade de Atenção Especializada para implantação de Serviço de Ressonância Magnética.
Remanso	105138630001/17-004	30910007	Ampliação de Unidade Básica de Saúde.

1202 Esses foram os municípios que tinham encaminhado até a reunião anterior da CIB anterior por conta do entendimento de que
 1203 era importante uma recomendação da área técnica e isso fora feito e estava ali. Em relação aos municípios que tinham
 1204 recebido e referidos como pendência, são dezenove municípios, dois para ampliação de UBS, um para reforma, dezesseis
 1205 para aquisição de equipamento e dezesseis propostas que encaminhadas para a CIB, apenas uma proposta menciona a
 1206 implantação de um serviço novo, isso queria dizer que as quinze propostas restantes provavelmente não demandariam
 1207 resolução CIB porque não implantariam nenhum serviço novo. Continuou, apresentando os municípios com pendências: Feira
 1208 da Mata, com uma ampliação de unidade mista; Macururé, aquisição de aparelho de Raio-X para a unidade, então implantaria
 1209 um serviço de Raio-X, precisando publicar resolução; a CIR de Brumado com uma proposta de reforma de unidade de atenção
 1210 especializada, que precisa publicar resolução CIB, havia apenas a necessidade de uma diligência e do ofício que já tinha sido
 1211 recebido e já entraria também na lista, para publicação. Quanto a Vitória da Conquista, tinham recebido apenas a proposta e
 1212 não a Emenda Parlamentar, então tinha reforçado que este ofício viesse encaminhado com a proposta cadastrada no Fundo
 1213 Nacional de Saúde, para que pudesse referir o objeto, número da Emenda e número da proposta. Quanto a Tapiramutá,
 1214 referente a aquisição de equipamento para atenção básica, *a priori* não tem necessidade; Caldeirão Grande, referente a duas
 1215 aquisições de equipamento; Nova Soure, cinco solicitações, todas para aquisição de equipamento. **Então, do ponto de vista**
 1216 **das Emendas, se fazia necessário o envio de proposta para construção, reforma e ampliação de unidade de saúde,**
 1217 **básica ou de atenção especializada.** Apresentou também os municípios que tinham pleiteado aquisição de equipamento -
 1218 nesse caso veículo para transporte sanitário – e que demandaria a publicação de resolução aprovando o projeto de transporte
 1219 sanitário, sendo diferente das demais emendas, pois a CIB precisa aprovar o projeto, e **já havia sido acordado na reunião**
 1220 **CIB de maio que os municípios mandariam o ofício com a proposta e o projeto e muitos municípios não tinham**
 1221 **conseguido fazer o projeto, apesar de ter sido passada toda a orientação.** Os municípios que foram aprovados foram
 1222 relacionados na tabela abaixo.
 1223

RESOLUÇÃO	CONTEÚDO DA RESOLUÇÃO	MUNICÍPIO (OS)	NÚMERO (OS) DA (AS) PROPOSTA (AS)
151/2017	Aprova os Projetos de Transporte Sanitário.	Correntina	11392.1900001/17-004
		Iraquara	10301.2015858/10-029
		Jussara	13771.9300001/17-003
		Santa Cruz da Vitória	08931.0490001/17-001
198/2017	Aprova os Projetos de Transporte Sanitário.	Aratuípe	11412.421000/1170-06
		Iuiu	10540.906000/1170-01
		Governador Mangabeira	11285.204000/1170-01
		Presidente Jânio Quadros	11748.562000/1170-09
		Ribeira do Amparo	11358.853000/1170-02

1224 Aratuípe, Iuiu, Governador Mangabeira, Presidente Jânio Quadros e Ribeira do Amparo estavam sendo encaminhados no dia
 1225 20/11/2017 e a proposta fora que se fizesse a publicação dos demais com o projeto de Transporte Sanitário encaminhado até
 1226 dia 21/11/2017, desde que posteriormente esses municípios ajustassem, como tinha alguns municípios que tinham mandado o
 1227 projeto, mas com alguma coisa para ajustar. Apresentou os municípios que já haviam encaminhado até o momento são estes:
 1228

PROPOSTA DE E.P. PARA AQUISIÇÃO DE TRANSPORTE SANITÁRIO ENCAMINHADAS PELAS SMS PARA A SEC. EXECUTIVA DA CIB SEM PROJETO DE TRANSPORTE SANITÁRIO						
CIR/REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	N. PROPOSTA	N. EMENDA	OBJETO	DATA ENVIO	PENDÊNCIAS
JEQUIÉ	BARRA DO ROCHA	10790.994000/1170-04	30280014	TRANSPORTE SANITÁRIO	06.04.2017	PROJETO
SERRINHA	BARROCAS	13859.767000/1170-11	37380005	TRANSPORTE SANITÁRIO	17.04.2017	PROJETO
JEQUIÉ	BOA NOVA	11890.996000/117-02	27370009	TRANSPORTE SANITÁRIO	03.05.2017	PROJETO
JUAZEIRO	CANUDOS	-----	27450004	TRANSPORTE SANITÁRIO	05.04.2017	PROPOSTA COMPLETA
IRECÊ	CAFARNAUM	13770.489000/1170-09	24700006/13550001	TRANSPORTE SANITÁRIO	24.04.2017	PROJETO
IRECÊ	IBIPEBA	11457.129000/1177-02	34770017	TRANSPORTE SANITÁRIO	17.04.2017	PROJETO
IRECÊ	IRAÍUBA	11394.867000/1177-02	37520007/27370009	TRANSPORTE SANITÁRIO	04.04.2017	PROJETO
JEQUIÉ	ITIRUÇU	11342.5950001/117-04	37520007	TRANSPORTE SANITÁRIO	04.04.2017	PROJETO
SANTO ANTONIO DE JESUS	LAJE	11714.7990001/02	-----	TRANSPORTE SANITÁRIO	17.11.2017	PROPOSTA COMPLETA E PROJETO E. P.

1229 No caso de Canudos, faltando a proposta cadastrada no Fundo Nacional de Saúde. Os municípios supracitados tinham
1230 enviado proposta à CIB e ressaltou a fala de Stela Souza de que já tinha sido acordado na CIB de maio, bastando que o
1231 município enviasse os documentos necessários para a CIB, para publicar a resolução. Sugeriu apresentar de forma breve a
1232 referida resolução e todos concordaram. Fez um adendo, informando que as resoluções apresentadas de início são os casos
1233 que aprovados na CIB anterior, que demandavam aprovar no Conselho e na CIR, essas então precisavam mandar Ata do
1234 Conselho e o formulário 4 da CIR. Voltou à apresentação da resolução que propôs aprovar o “fluxo para validação de
1235 propostas de construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos e material permanente referente a atenção básica e
1236 especializada, ambulatorial e hospitalar, por emenda parlamentar ou convênio, para o cadastramento no Fundo Nacional de
1237 Saúde pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia”. Quanto aos considerandos,
1238 discorreu sobre as portarias GM/MS nº 381/2017, de 6 de fevereiro de 2017, “que dispõe sobre as transferências fundo a fundo
1239 de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à
1240 execução de obras de construção, ampliação e reforma”. **Informou que a resolução traz que os municípios podem
1241 encaminhar o ofício, com a proposta e a diligência para a CIB de preferência até dia 21/11/2017, que, ao receber essa
1242 documentação, prepararia a minuta para a publicação em ad referendum como havia sido dito por Stela Souza.**
1243 **Gleiciane Hora** questionou os critérios de aprovação das solicitações por Emenda, se seria aprovado posteriormente na CIR e
1244 pelo Conselho Municipal de Saúde e **Stela Souza** informou que no decorrer da apresentação da resolução durante a reunião,
1245 que ficaria mais claro e que inclusive tinham diminuído os critérios porque estava muito complicado, lembrou também que quem
1246 não tinha aparecido na lista, tem a possibilidade de mandar ainda para a Secretaria Executiva da CIB, para se publicar **ad
1247 referendum**. **Nanci Nunes** prosseguiu, pontuando “a Portaria Interministerial nº 152, de 25 de maio de 2017, que dispõe sobre
1248 procedimentos e prazos para operacionalização e execução das emendas individuais que possuem impedimento de ordem
1249 técnica, constantes da notificação ao Poder Legislativo de que trata o inciso I do art. 69 da Lei nº 13.408, de 26 de dezembro
1250 de 2016 (LDO 2017), e dá outras providências; A Portaria Interministerial nº 313, de 2 de outubro de 2017, que altera a Portaria
1251 interministerial nº 152, de 25 de maio de 2017, no que diz respeito aos procedimentos e prazos para operacionalização e
1252 execução das emendas individuais que possuem impedimento de ordem técnica e quanto aos outros considerandos, em
1253 relação ao resolve Art. 1º. Aprovar o fluxo para validação de Propostas de construção, reforma, ampliação e aquisição de
1254 equipamentos e material permanente, referentes à Atenção Básica e Especializada, ambulatorial e hospitalar, por Emenda
1255 Parlamentar ou Convênio, para o cadastramento no Fundo Nacional de Saúde ou SISMOB pelas Secretarias Municipais de
1256 Saúde e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, conforme detalhamento a: I Os municípios deverão encaminhar para a
1257 Secretaria Executiva da CIB proposta completa e diligência do MS, se houver, por meio de Ofício, assinado pelo gestor da
1258 saúde, para o email sesab.cib@saude.ba.gov.br; II A Secretaria Executiva da CIB direcionará a Proposta de Emenda
1259 Parlamentar ou convênio para área técnica da SESAB correspondente ao objeto da emenda para conhecimento; III A
1260 Secretaria Executiva da CIB publicará Resolução aprovando a mesma, mencionando a 253ª Reunião no epílogo da Resolução,
1261 e enviará para o município para postagem no site do Fundo Nacional de Saúde; IV As Secretarias Municipais de Saúde e a
1262 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia deverá utilizar esta Resolução da CIB para finalizarem cadastro junto ao Sistema do
1263 Fundo Nacional de Saúde, para os projetos relacionados à Atenção Básica e Especializada, ambulatorial e hospitalar. Art. 2º A
1264 presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação. **Stela Souza** solicitou aprovação de todos os membros da CIB
1265 para os critérios apresentados e solicitou a Nanci Salles que publicasse a resolução apresentada hoje mesmo, para que já
1266 estivesse disponível no dia seguinte para os que necessitassem publicar ad referendum. E passou a fala para Cássio Garcia
1267 iniciar a discussão do ponto da pauta 6.1 Municípios solicitam informação quanto as Oficinas Regionais da PPI 2017: **Cássio**
1268 **Garcia** disse que estava trazendo a nova proposta do cronograma, acreditando que isso seria atrelado à continuidade da
1269 discussão dessa pactuação. Que tinha sido feita uma proposta que fora apresentada na reunião do COSEMS e apresentou
1270 então a Repactuação da Programação Pactuada Integrada – PPI 2018, pontuando que todos os considerandos que os 417
1271 municípios da Bahia tinham alimentado e transmitido a repactuação no ambulatorial e hospitalar por referência, essa pactuação
1272 estando disponível no site do Observatório Baiano de Regionalização – OBR (www.saude.ba.gov.br/obr) o link (“PPI BA
1273 REPACTUAÇÃO PPI-2017” - <http://www.saude.ba.gov.br/ppionline/pactuacao2017/>) para consulta, com um novo formato, mais
1274 prático, com um manual inclusive para cada secretário que não tivesse muita intimidade com o site e com a consulta. Ressaltou
1275 que os municípios executores deveriam validar os agregados leitos pactuados pelos municípios encaminhadores, já validariam
1276 no site, fazendo a avaliação para a oficina, a fim de adiantar o processo. **Stela Souza** questionou se na avaliação da oficina
1277 tinha havido algum da pactuação ou alteração, quando há mudança do gestor no que fora colocado para PPI, por que quando
1278 não se validava imediatamente formava-se um *gap*, e informou que fora procurada por um município inclusive também pelo
1279 prefeito, que eles porque tinham fechado o hospital e no início da pactuação tinham colocado as AIH para outro município,
1280 porém agora tinha aberto o hospital não quer mais pactuar as AIH. Então tinham que ver esses casos e isso apenas seria
1281

1282 decidido na oficina. **Cássio Garcia** informou que esta validação seria divulgada amplamente para todos, lembrou que é o
 1283 mesmo login e senha, em janeiro a equipe técnica consolidaria esses dados. **Stela Souza** ressaltou que a PPI nova não está
 1284 no site porque ainda não fora validada e seria colocada apenas depois das oficinas e quando fosse aprovada pela CIB. **Cássio**
 1285 **Garcia** falou que o que está disponível no momento é a PPI antiga, não estando disponível a visualização de nada que tivesse
 1286 sido feito de novo, pois ainda estava sendo repactuado. Aparecendo em tela que a partir deste momento, da 253ª Reunião da
 1287 CIB, após a apresentação do novo cronograma, os municípios teriam a possibilidade de entrar com login e avaliar o que fora
 1288 feito de novo. Quanto à Proposta da Oficina de Repactuação, declarou que, por já estar pactuado, não apresentaria mais,
 1289 porém tinha grande interesse em apresentar o calendário para repactuação, conforme tabela abaixo.

DATAS DAS REUNIÕES DAS CIR	MACRO	REGIÃO DE SAÚDE	LOCAL
22 e 23 fevereiro/18	CENTRO-LESTE	Feira de Santana, Itaberaba, Seabra, Serrinha	FEIRA DE SANTANA
27 e 28 fevereiro/18	OESTE	Barreiras, Ibotirama, Santa Maria da Vitória	BARREIRAS
05 e 06 março/18	SUL	Ilhéus, Itabuna, Jequié, Valença	ILHÉUS
08 e 09 março/18	SUDOESTE	Brumado, Guanambi, Itapetinga, Vitória da Conquista	VITÓRIA DA CONQUISTA
12 e 13 março/18	NORTE	Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim	JUAZEIRO
15 e 16 março/18	CENTRO-NORTE	Irecê, Jacobina	JACOBINA
19 e 20 março/18	EXTREMO SUL	Porto Seguro, Teixeira de Freitas	TEIXEIRA DE FREITAS
22 e 23 março/18	NORDESTE E LESTE	Alagoinhas, Ribeira do Pombal E Camaçari, Cruz das Almas, Salvador, Santo Antônio de Jesus	SALVADOR

1290 Ressaltou que as reuniões das macrorregiões Nordeste/Leste aconteceriam em Salvador o que também já havia sido
 1291 pactuado. **Stela Souza** chamou a atenção da planilha enviada anteriormente por Cássio Garcia, de que o local da reunião das
 1292 macrorregiões Nordeste/Leste aconteceriam em Alagoinhas e corrigiu, colocando que as regiões de saúde de Alagoinhas e
 1293 Ribeira do Pombal ficariam em Alagoinhas e Camaçari, Cruz das Almas, Salvador, Santo Antônio de Jesus, em Salvador
 1294 porque estava tudo em Alagoinhas e não para ficar assim. A planilha fora com essa incoerência e fez essa correção, pois fora a
 1295 única alternativa vista no momento. **Cássio Garcia** sugeriu que seria melhor juntar essas regiões de saúde em questão nessa
 1296 reunião e **Stela Souza** respondeu que não existia problema e poderiam fazer a reunião com todos das macrorregiões
 1297 Nordeste/Leste juntos. **Cássio Garcia** prosseguiu, informando que quanto a esse cronograma, continuariam as discussões no
 1298 grupo técnico, na reunião CIB seguinte se faria uma avaliação e sanariam as possíveis dúvidas dos gestores municipais.
 1299 Solicitou uma posição de Stela Souza quanto à aprovação desse ponto de pactuação. **Stela Souza aprovou** e complementou
 1300 que se trata de PPI e PPR, pontuando que fora posto na reunião do COSEMS a questão do PDR, pois estão com problemas
 1301 em várias regiões e em vários municípios e já formado um grupo de trabalho que, além da PPI, também estaria trabalhando
 1302 com o PDR que precisava ser feito urgentemente. Quanto ao ponto 6.2 da pauta que fala que a CIR da Região de Vitória da
 1303 Conquista solicita averiguação de problema na operacionalização do sistema SUREM em municípios da sua região de Saúde,
 1304 perguntou a Ana Paula Andrade se a SUREGS recebera algum documento da CIR de Vitória da Conquista, pois eles estão
 1305 com problemas para operacionalizar o SUREM. **Ana Paula Andrade** declarou estar surpresa com essa informação, pois a
 1306 região de Vitória da Conquista é uma referência, se tratando de operacionalização do SUREM e na regulação, inclusive parte
 1307 da Região de Oeste fora direcionada para Vitória da Conquista e Jucélia, que é uma excelente profissional, tinha informado
 1308 que verificaria a informação, pois desconhecia essa demanda para saber o que estava acontecendo. **Maria Luisa Campelo**,
 1309 apoiadora do COSEMS, informou a Ana Paula Andrade que essa pauta fora da Reunião CIB do mês de outubro, mas não tinha
 1310 havido tempo hábil para ser discutida, então a região solicitara novamente que entrasse em pauta e eles alegam que a
 1311 logística do SUREM, como o retorno de pacientes, a dúvida existente não fora quanto à implantação da regulação regional e
 1312 sim da funcionalidade da regulação. **Ana Paula Andrade** falou que precisava ver o documento, pois o que tem para um
 1313 município é o mesmo que tem para os outros 416 municípios, o mesmo sistema, e se comprometera a buscar as informações
 1314 necessárias e dar a devolutiva ao COSEMS. **Stela Souza** aprovou a decisão de Ana Paula Andrade e ficaria no aguardo.
 1315 Continuou, discorrendo a pauta no ponto 6.3: Municípios do Estado da Bahia solicitam esclarecimento da SESAB/SUREGS
 1316 quanto ao bloqueio das suas AIH: informou que isso também tinha sido pauta da última reunião e não dera tempo de falar a
 1317 respeito. Informou inclusive que sobre este assunto já havia procurado a SUREGS que informara que não existe mais a
 1318 questão do bloqueio e solicitou mais esclarecimentos. **Ana Paula Andrade** perguntou quais os municípios tinham solicitado
 1319 esclarecimentos, para identificar, pois desde março de 2017 não havia mais bloqueio algum e o que se tem desde então é uma
 1320 definição de cota por especialidade de clínica. **Gleiciane Hora** informou que a Secretaria recebe o que se produz,
 1321 independente de qual clínica, se cirúrgica, pediátrica, obstétrica ou outra coisa, desde março, com a referida resolução, o
 1322 município apenas consegue receber 32 AIH de clínica médica por mês, interna 60 ou mais e a série histórica de 88 por mês e
 1323 só recebe 32 por mês, o restante município que está mantendo. **Stela Souza** falou que precisava rever a PPI, que se não faz a
 1324 obstetria então não adiantava ter AIH. **Ana Paula Andrade** declarou que o Estado não retirara nenhuma AIH do módulo,
 1325 permanecendo com tudo. O Estado fazendo apenas o controle nas clínicas médicas, por causa do uso excessivo, e isso já
 1326 havia sido apresentado anteriormente para o COSEMS, exemplificando exatamente a causa disso e essa ampliação estaria
 1327 vinculada à nova pactuação, por especialidade. **Stela Souza** continuou passou ao ponto de pactuação 6.4: Situação da
 1328 pactuação e execução da Portaria de Cirurgias Eletivas nº 1.294, de 25 de maio 2017: que já tinha passado pela CIB e o ponto
 1329 de pactuação 6.5: Situação do Glaucoma no Estado da Bahia: informou que já havia passado, onde se decidira que o Grupo
 1330 de Trabalho se reuniria. Quanto ao item 6.6: Município de Salvador solicita inclusão do Hospital Municipal de Salvador na Rede
 1331

1332 de Assistência do SUS, como Unidade Retaguada às Urgências, relatou que o município do Salvador fizera a explanação na
1333 reunião do COSEMS e considerou importante registrar na CIB que dia 22/11/2017 seria a reunião da Coordenação de
1334 Urgência, mas como a reunião da CIB tinha sido antecipada, então tinham decidido levar essa discussão para o presente
1335 fórum. **José Antônio Rodrigues** informou que fora feita uma apresentação anteriormente sobre o Hospital Municipal de
1336 Salvador e o pedido do município de Salvador e falou a idéia, de se fazer a apresentação no dia 22/11/2017 detalhadamente
1337 sobre a estrutura do hospital, como a reunião da CIB fora adiada a pedido dos próprios municípios, para se resolver as
1338 questões das emendas, então o encaminhamento tinha sido que essa apresentação continuaria para o dia 22/11/2017, mas
1339 que fosse feita a aprovação em *ad referendum* da entrada do Hospital Municipal de Salvador na Rede de Urgência e
1340 Emergência na capital. Ressaltou que na reunião do COSEMS Odilon Rocha observara que já existia no passado um Hospital
1341 Municipal proposto em 2011, na Rede de Urgência e Emergência, esclareceu que esse hospital o Hospital Alayde Costa, mas
1342 na época fora apresentada uma proposta da Fundação Dom Pedro II como Hospital Municipal, no entanto esse hospital é da
1343 rede estadual, então a idéia era que, com as modificações ocorridas havido na rede, que não tinham passado pela CIB, deveria
1344 se referir que o hospital entrasse na Rede de Urgência e Emergência em Salvador. **Cássio Garcia** considerou que não há
1345 problema, mas questionou se já havia passado em reunião da CIR, porque tinha que incluir no plano **José Antônio Rodrigues**
1346 respondeu que a solicitação passara pela CIR, que por sua vez não tivera quórum e no mês em exercício não tinha havido
1347 reunião da CIR, então tinham encaminhado para o Grupo de Redes que se reuniria dia 22/11/2017, e encaminhara isso
1348 antecipadamente, por ser importante encaminhar isso para o Ministério da Saúde e julgou importante encaminhar naquele
1349 momento por ser quando o Ministério da Saúde está fazendo o orçamento. **Alcina Romero** sugeriu para fazer alinhamento,
1350 que toda vez que se tratava da Rede de Urgência e Emergência, tratava-se de aditivo a Etapa 1 do Plano Regional de
1351 Urgências, e tem também os conhecidos componentes, hospital Estratégico, rede de retaguada, retaguada de UTI, então
1352 precisaria realmente afinar dentro dos componentes da Rede de Urgência e Emergência, o Hospital Metropolitano como ele
1353 entraria, se seria como rede de retaguada ou porta de entrada. **José Antônio Rodrigues** informou que ele seria porta aberta,
1354 e que inclusive anteriormente chamara a atenção de que havia nesse distrito sanitário uma UPA prevista que seria uma UPA
1355 estadual, há dois anos o Estado se desincumbira disso, devolvendo os recursos para o governo federal. Então, este hospital
1356 inicialmente seria apenas hospital de retaguada, sem urgência e emergência aberta, uma vez que não tem, mas UPA Tipo III,
1357 então se abriria com urgência e emergência aberta e com leitos de retaguada para a rede de urgência e emergência da
1358 capital. **Alcina Romero** propôs que se fizesse o aditivo do plano, lembrando que para ser porta aberta como estratégico da
1359 Rede de Urgência e Emergência, tem a alimentação dos "22 de estratégia", que é a Resolução 044. **Propôs também que**
1360 **habilitasse o hospital ou que se solicitasse ao Ministério da Saúde a inclusão de mais um, fazendo toda essa**
1361 **explicação, mas como aditivo ao plano, para seguir a diretriz que se segue para todos.** **José Antônio Rodrigues** disse
1362 que estava certo e **Alcina Romero** acrescentou que depois, com a quantidade de leitos, poder-se-ia incluir já a quantidade de
1363 leitos como retaguada, a UTI como retaguada, já faria todo ele na lógica do aditivo do plano. **José Antônio Rodrigues**
1364 informou que são 210 leitos e que já tinha apresentado isso para o Ministério da Saúde, e que fizera a primeira orçamentação,
1365 o Secretário da SAS já tinha visitado o hospital duas vezes, os técnicos do Ministério da Saúde também, pela segunda vez, no
1366 mês anterior, então seria interessante que, ao encaminharem isso ao Ministério, em momento nenhum ele solicitara nada das
1367 instâncias de gestão. Informou também que estivera tomando atitude porque mais na frente eles pediram para fazer tudo,
1368 então para não gerar morosidade, e como não teria CIB brevemente, considerou melhor fazer isso desde pronto para quando
1369 essa exigência viesse no próximo ano. **Alcina Romero** informou que recentemente o Ministério da Saúde solicitara a questão
1370 da Resolução 048/2015, dos leitos de retaguada de Salvador, então acreditava ser o momento de se pegar a Resolução que
1371 já está ultrapassada. **José Antônio Rodrigues** falou que o Ministério da Saúde tinha solicitado isso porque, o Secretário de
1372 Assistência e Saúde estivera em Salvador, se reunindo com esses hospitais e ao criticar o número de leitos de UTI que
1373 estavam sendo contratados, ele colocara para eles que o município estava bancando os leitos de UTI há três anos e ainda não
1374 tinham sido habilitados por eles, apesar de estarem aprovados pela CIB. **Alcina Romero** pontuou que somente agora eles
1375 tinham pegado a resolução e **José Antônio Rodrigues** informou que agora naturalmente eles deviam ter corrido atrás da
1376 resolução porque tinha sido vergonhoso para eles, inclusive já havia encaminhado 11 ofícios para o Ministério da Saúde,
1377 dizendo que isso já havia sido aprovado em CIB e que o recurso não havia sido alocado. **Alcina Romero** ponderou que já
1378 seria o momento da CIB anular a Resolução 048/2015 e **Stela Souza** concluiu que ficaria aprovada a inclusão do plano, no dia
1379 da reunião do Grupo Condutor, para poder colocar o detalhamento no plano, da quantidade dos leitos e a forma. **Cássio**
1380 **Garcia** propôs levar este assunto para a próxima CIR de Salvador e **Stela Souza** repetiu a informação de que a criação do
1381 hospital estratégico não fora decisão de CIR, mas de Grupo Condutor e que se devia trabalhar de forma uniforme. **Cássio**
1382 **Garcia** resumiu, quanto ao item **6.6: aprovado**, e que se devia fazer a apresentação no Grupo Condutor que ocorreria no dia
1383 06/12/2017 e ao mesmo tempo apresentar na CIR do dia 05/12/2017. **Stela Souza** pontuou como é importante passar na CIR,
1384 no Conselho Municipal, mas a garantia mesmo era do Grupo Condutor, como fora com os outros. Continuou com os pontos de
1385 pauta, apresentando o item **6.7: A CIR da Região de Santa Maria da Vitória solicita Aprovação da Habilitação de Laqueadura**
1386 **Tubária e Vasectomia para o Hospital Municipal Dr. Francisco Flores do município de Santana:** informou que sobre isso fora
1387 dado entrada, questionou se alguém teria informações e **Nanci Nunes** informou que essas duas solicitações, tanto de
1388 Habilitação de Laqueadura Tubária quanto de CEO, do item **6.8** de pactuação da pauta: a CIR da Região de Barreiras solicita
1389 implantação do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas Tipo III de Barreiras na sua Região de Saúde, já tinham sido
1390 direcionadas à área técnica, mas a área técnica ainda não tivera tempo hábil para analisar e emitir parecer, porque essa
1391 solicitação tinha chegado na sexta-feira anterior à CIB. E esclareceu que esses pontos de credenciamento sempre vão para a
1392 área, e eles analisam, dão parecer, depois fazem visitas e vistoria e com isso emite-se o parecer favorável para a CIR. **Stela**
1393 **Souza** ressaltou que não fora porque tinham adiantado a CIB dois dias e que os municípios não estão obedecendo à resolução
1394 de CIR e CIB, exemplificou que no mesmo dia da reunião recebera uma reclamação de uma região de saúde, que teria uma
1395 reunião no mesmo dia, 20/11/2017, e fora questionado que não poderia mais entrar na pauta da CIB. Informou que não poderia
1396 mesmo, pela resolução, a Câmara Técnica da CIB tem que se reunir 10 dias antes para fechar e os municípios continuando a
1397 ter tendo reunião de CIR até a véspera da CIB, e isso vinha criando inclusive dificuldade que impossibilita mandar a pauta para
1398 os gestores com antecedência. Quanto ao ponto 6.9: CIR da Região de Barreiras solicita colocar em execução as pactuações

1399 das clínicas básicas e seus agregados, em caráter de urgência, nas regiões de saúde de Barreiras, Ibotirama e Santa Maria da
1400 Vitória, informou tratar-se de PPI e que já tinha sido discutido anteriormente, já estando contemplado na reunião. Sobre o ponto
1401 **6.10: CIR da Região de Barreiras solicita aumento do teto MAC do Fundo Municipal de Saúde de Luiz Eduardo Magalhães**
1402 **para atender as demandas da população na sua Região de Saúde**, questionou se a Secretaria Executiva da CIB recebera
1403 alguma coisa e **Nanci Nunes** respondeu que a COPRI havia encaminhado o ofício com o parecer, que seria direcionado para a
1404 CIR e solicitando à CIR esclarecimento com relação ao motivo da solicitação de aumento do teto MAC, porque somente fora
1405 encaminhada a solicitação, sem esclarecimento do assunto. **Stela Souza** informou que a próxima reunião da CIB seria dia
1406 07/12/2017 e agradeceu a todos. Em seguida, a Coordenadora Adjunta agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a
1407 sessão, informando a próxima reunião para o dia 05 de dezembro de 2017, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar após
1408 revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo
1409 (Andressa Ferreira, Michele Martins, Naiara Brandão, Silvana Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva
1410 da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20 de novembro
1411 de 2017.

1412 Fábio Vilas Boas Pinto _____
1413 Stela dos Santos Souza _____
1414 Suplente: Alexandro dos Santos Miranda _____
1415 Cássio André Garcia _____
1416 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa _____
1417 Ana Paula Dias de Santana Andrade _____
1418 Rívia Mary de Barros _____
1419 Suplente: José Cristiano Sóster _____
1420 José Antônio Rodrigues Alves _____
1421 Maria Rosania de Souza Rabelo _____
1422 Odilon Rocha _____