

1  
2  
3 Aos três dias do mês de maio do ano dois mil e dezessete, no Centro de Convenções do município de Porto Seguro, com as  
4 presenças dos membros da CIB, Dr. Fábio Vilas Boas Pinto – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Stela dos Santos  
5 Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Ana Paula Dias de Santana Andrade,  
6 Odilon Cunha Rocha e dos suplentes: Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Charles Pereira de Souza e Luiz  
7 Pinho Rezende. Às dez horas, havendo número legal, o Coordenador da CIB declarou aberta a sessão, colocando em  
8 aprovação a Ata da 246ª Reunião Ordinária, encaminhada por e-mail aos membros da CIB, que foi **aprovada à unanimidade**.  
9 Na sequência passou a palavra para **Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB**, efetuar a leitura dos expedientes  
10 encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1.1** A Auditoria SUS/BA – após auditoria realizada na  
11 Fundação de Neurologia e Neurocirurgia – Instituto do Cérebro, no município de Salvador, disponibilizará links do relatório,  
12 despacho e publicação no DOE de 29/12/2016, constantes no processo nº 0300160133248, referente à auditoria nº 3690, para  
13 conhecimento. **1.2** O Conselho Estadual de Saúde – esclarecimento sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres.  
14 **1.3** A COAD/DAB/SAIS – informes sobre: Prazos de implantação do PEC nos municípios da Bahia; PMAQ; Requalifica UBS.  
15 **1.4** A Secretaria Executiva da CIB coloca sobre a disponibilização aos membros da CIB por email, e no site, do Relatório de  
16 Atividades da CIB do primeiro quadrimestre de 2017. A Conselheira **Liliane Lins** cumprimentou a todos, agradecendo pela  
17 oportunidade do Controle Social estar fazendo este informe sobre a 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres,  
18 noticiando a 2ª Conferência Nacional, a primeira delas tendo acontecido há trinta anos, e esta Conferência Estadual sendo a  
19 primeira a trazer algumas peculiaridades que diferem da Nacional na questão da paridade, havendo uma resolução que trata  
20 da paridade de 80% de mulheres e 20% de homens, enquanto na Nacional é de 60% de mulheres e 40% de homens; e uma  
21 resolução garantindo 20% no seguimento de usuários e, desses, 50% para mulheres em condições de vulnerabilidade,  
22 mulheres indígenas, quilombolas, marisqueiras, em situação de cárcere privado, que devem integrar essa voz na 1ª  
23 Conferência Estadual de Saúde das Mulheres. Falou que a Comissão Executiva e a Comissão Organizadora vêm se reunindo  
24 todas as quartas-feiras e colocou-se à disposição para, durante todo o dia, dirimir qualquer dúvida em relação aos municípios  
25 que desejassem fazer suas conferências livres e também aos diretores de núcleo e toda a sua gestão, para poderem trabalhar  
26 também com a organização das conferências macrorregionais. Informou ter ficado sabendo que a região sul mudara a data e  
27 que os pólos de Jacobina e Teixeira de Freitas precisavam acordar as datas, assim, seria muito bom acordarem isso durante o  
28 Congresso, a fim de organizarem as macrorregionais. Esperava que cada município do estado pudesse levar minimamente  
29 quatro representantes para as macrorregionais, considerando que tem pólos que são cidades muito grandes, a exemplo da  
30 região Leste, que tem Salvador, isso podendo ser acordado com a própria comissão organizadora local, formada por membros  
31 que compõem a região e o núcleo de saúde, e aumentar o número de delegadas, que de quatro poderia ser oito para cidades  
32 muito grandes, mas isso sem impactar o orçamento, pela limitação de recursos, mas o mínimo eram quatro delegadas por  
33 município, sendo que duas delas do segmento de usuários e, uma do segmento de gestão e uma do segmento de trabalhadores,  
34 então se aumentasse o número de delegadas essa paridade tinha que ser sempre observada. Informou a formação de  
35 conselheiros de saúde e de outras instituições do movimento social para participarem ou integrarem os quatro eixos temáticos  
36 da 1ª Conferência Estadual de Saúde das Mulheres, sendo quatro grandes eixos temáticos: o que aborda o papel do estado  
37 para o fortalecimento, a implementação da política de saúde das mulheres; a segunda temática fala do trabalho na saúde das  
38 mulheres, o adocimento no trabalho, a disparidade de poder no trabalho, o assédio moral no trabalho, questões que seriam  
39 amplamente abordadas; o eixo três, com uma particularidade no nosso estado e preparado com apoio também da rede  
40 feminista, com a Dra. Greice Menezes tendo trabalhado também nesse documento norteador e já pronto para enviar aos  
41 núcleos regionais, trazendo as vicissitudes, as necessidades do estado, para ser debatido com mais propriedade e o eixo três  
42 sendo justamente sobre a vulnerabilidade e a saúde das mulheres; o eixo quatro tratando de forma mais ampla o  
43 fortalecimento das políticas para as mulheres. Finalizou o informe, agradecendo mais uma vez pela oportunidade de estar  
44 participando e propiciando talvez uma organização melhor da Conferência, que é da Secretaria da Saúde do Estado. **Stela**  
45 **Souza** cumprimentou a todos, agradeceu à Conselheira Liliane e comentou que não estava participando dessas discussões  
46 por estar envolvida com o preparo deste Congresso, mas reiterou o apoio do COSEMS aos municípios que realizariam suas  
47 conferências por macrorregião, lembrando que o município que quisesse podia fazer conferência livre e o Conselho Estadual  
48 estaria pronto para colaborar. Com relação à informação de que as regiões sul, centro norte e extremo sul ainda não tinham  
49 agendado suas datas, falou que a extremo sul estaria com seus coordenadores de núcleo, SESAB e COSEMS, para agilizarem  
50 o mais rápido possível. Considerava essa Conferência extremamente importante e lamentava que não pudessem fazer uma  
51 por município, assim como a da vigilância, pois estavam preocupados com a conferência municipal, que tinha que ser feita este  
52 ano, em função do Plano Municipal de Saúde. Então a gestão municipal estava realmente envolvida no planejamento, que  
53 nada mais era do que planejar ações ouvindo o controle social, assim, estava havendo essa dificuldade, mas com certeza o  
54 COSEMS estaria junto e agradecia também a Ricardo, Presidente do CES, que não tinha podido estar presente hoje, e  
55 informou uma reunião agendada com o COSEMS e gostaria que a Conselheira Liliane participasse para levar aos municípios  
56 uma forma mais clara de como realizar uma conferência macrorregional, para que todos pudessem levar a representação.  
57 Questionou sobre alimentação e diária das representações dos municípios na conferência macrorregional, se seria bancada  
58 pelo processo ou se cada município teria que viabilizar o recurso, a **Conselheira Liliane Lins** esclareceu que cada município  
59 teria que viabilizar a ida dos seus representantes e o cálculo feito pelas comissões organizadoras locais era o número de  
60 municípios multiplicado por quatro, considerando a paridade de usuárias, trabalhadoras e gestoras, fechando um número total  
61 mínimo de delegadas, com essa particularidade que o município teria que custear hospedagem das delegadas. **Cássio Garcia**  
62 esclareceu que as datas não estavam atualizadas, a região extremo-sul já tinha mandado as possíveis datas e já estava no  
63 processo de licitação para todo o evento, Jacobina ainda pendente, por ter dificuldade de espaço, e em outros locais existia  
64 essa dificuldade de espaço para acomodação, alimentação, toda a logística. Lembrou que a Nacional fora adiada a princípio e  
65 que há também um apazamento das conferências macrorregionais, mas o grupo vinha trabalhando em parceria com a  
66 Secretaria de Política para as Mulheres, onde a Secretária é co-presidente, reforçando esse papel da mulher e dentro da lógica  
67 pactuada no Conselho de maioria de 80% mulheres e 20% homens, enfim, reforçando essa política para chegar com boas

68 propostas na Conferência Estadual. A **Conselheira Liliane Lins** explanou que tinha havido realmente um rumor de que teria  
69 um tempo maior para a Conferência Nacional, mas a data de agosto fora mantida, então a Conferência Estadual seria no final  
70 de junho, de 27 a 29 de junho, ganhando assim uns vinte dias para trabalhar. **Stela Souza** considerou complicada a data, por  
71 se tratar de um período de festa junina e acreditava que ocorreria um esvaziamento por conta disso, sugerindo que fosse  
72 revista. **Liliane Lins** colocou que o que tinha ficado pendente na reunião do Conselho é que, se por um acaso a Nacional  
73 tivesse uma mudança de data expressiva, seria feita uma mudança também na estadual, então os prazos também estavam  
74 bastante apertados, mas facilitava muito, como estava sendo feita a relatoria, onde cada núcleo macrorregional traria doze  
75 propostas do âmbito do estado e doze propostas nacionais, então era possível organizar nesse sentido. Dando  
76 prosseguimento, **Stela Souza** solicitou ao Coordenador a quebra de protocolo e convidou para fazer parte da mesa a  
77 Secretária de Saúde do Município de Porto Seguro, Edna Alves, que estava acolhendo este Congresso para quem solicitou  
78 uma salva de palmas. **Odilon Rocha (SMS de São Félix)** ressaltou a importância da mulher no processo de saúde do Brasil e  
79 desejou que essa nova conferência não fosse revolucionária, criadora de novas políticas, mas que viesse requalificar, fazer  
80 uma avaliação das políticas atuais do SUS para as mulheres, por ter vazios imensos que precisavam ser rediscutidos em todas  
81 as políticas tendo como peça principal a mulher, e não ficarem criando novas políticas em um horizonte sem recursos para  
82 isso, e sem estarem sendo bem avaliadas as políticas do SUS, principalmente com a dificuldade financeira para se fazer  
83 alguns incrementos, por isso esperava que viessem a fazer uma avaliação muito positiva e também necessariamente negativa  
84 dessas políticas. Para fazer o **Informe 1.3 A COAD/DAB/SAIS sobre: Prazos de implantação do PEC nos municípios da Bahia:**  
85 **PMAQ: e Requalifica UBS.** Nanci Salles passou a palavra para a representante do Departamento de Atenção Básica do  
86 Ministério da Saúde, **Erika Rodrigues**, que cumprimentou a todos, informando que estariam, durante todo o evento, na sala de  
87 apoio estratégico do Ministério da Saúde e também no *stand*, para tirar dúvidas inclusive sobre todas as pautas da atenção  
88 básica que precisassem dialogar com o Ministério da Saúde. Com relação ao Prontuário Eletrônico do Cidadão, informou que  
89 no final do ano passado fora aberto o FORMSUS, inicialmente para levantamento das necessidades dos municípios com  
90 dificuldade na implantação do prontuário eletrônico e, depois, por meio de resolução da CIT de novembro, fora aberto um prazo  
91 no sistema gestor para os gestores informarem um prazo para implantação do prontuário eletrônico e também as dificuldades  
92 vivenciadas pelo município e que tinham obstaculizado sua implantação, podendo ter sido conectividade, equipamento, suporte  
93 de tecnologia da informação ou treinamento das equipes. Lembrou que o prazo tinha ficado aberto até 10 de dezembro,  
94 inclusive por meio dos COSEMS, em articulação com o CONASEMS, e informou que esse prazo tinha sido postergado até o  
95 dia 20 de fevereiro, para alteração dessas informações no sistema, já que tinha havido mudança e transição na maior parte dos  
96 municípios no país inteiro e, dos cinco mil quinhentos e setenta municípios do Brasil, apenas sessenta e três não tinham  
97 entrado no sistema e tinham enviado justificativa. Então, por enquanto, até nova definição do Ministro, para a implantação do  
98 prontuário eletrônico estava sendo construído um plano de apoio à implantação e neste momento estava sendo negociado no  
99 Ministério um termo de referência de cadastramento e credenciamento de empresas, que seriam certificadas pelo Ministério da  
100 Saúde para, aí sim, ser ofertado algum tipo de apoio a parte desses municípios que tinham enviado as suas dificuldades.  
101 Nesse momento não havia definição se seria contratação da empresa por parte do município ou por parte do Ministério, se teria  
102 um custeio adicional aos municípios por parte do Ministério, mas por enquanto esse plano estava sendo construído com a  
103 previsão de ser lançado ainda em maio, na comemoração de um ano de governo do novo Ministro, mas por enquanto ainda  
104 não tinham definição. Com relação aos prazos que tinham sido informados, alguns gestores que tinham saído tinham  
105 informado um prazo muito pequeno, de dois, três meses, mas não precisavam se preocupar com aquele prazo enviado  
106 naquele formulário. Se o problema era conectividade, tinha um prazo mais curto para se resolver, sendo às vezes algum  
107 custeio adicional de fato que já resolvia e, sendo equipamento, esse prazo já era um pouco maior, se treinamento, também um  
108 pouco maior, se o conjunto de problemas, o prazo um pouco maior necessitado pelo município. Então nesse momento estavam  
109 sendo avaliados todos os formulários enviados pelos municípios, mas os prazos que tinham sido enviados por cada município  
110 não seriam considerados, assim quando o plano fosse definido, a natureza do apoio que o Ministério da Saúde ofertaria aos  
111 municípios e critério de municípios elegíveis a esse plano de apoio à implantação do Prontuário Eletrônico, é que seria dado  
112 um prazo mínimo, médio e máximo, a depender das dificuldades relatadas pelos municípios. Assim, o Ministério da Saúde  
113 recomendava para os municípios que já tivessem iniciado algum processo de implantação do Prontuário Eletrônico, que  
114 seguissem normalmente nesses processos, tendo agora um período aberto grande de submissão de emendas parlamentares,  
115 boa parte dos municípios do Brasil tendo conseguido emendas parlamentares solicitando a compra de equipamento e também  
116 o apoio de manutenção, treinamento, suporte de conectividade, então estava sendo estimulado para os municípios de fato  
117 procurarem essa via de apoio financeiro para implantação do Prontuário Eletrônico. Para os que estivessem construindo outras  
118 propostas junto com o governo do estado, ou até mesmo em rede dentro da regionalização, também seguissem esses planos  
119 que estavam construindo. Ponderou ser um plano nacional, mas como é um volume de recurso bastante alto para atender  
120 todas as necessidades, parte dos municípios seria elegível para participar desse plano e parte não, a depender, por exemplo,  
121 do porte populacional do IDHM, alguns municípios não seriam elegíveis a participar desse plano de apoio. Por isso quem já  
122 tivesse alguma coisa investisse nesse plano que estava sendo construído no município, quem ainda não tivesse e tendo de  
123 fato dificuldade de fazer alguma articulação para conseguir que o Prontuário Eletrônico fosse implantado, tentasse todas as  
124 possibilidades e aguardasse também o lançamento do plano, quando seria informado qual seria o prazo e qual seria a proposta  
125 construída no plano de apoio à implantação. Reafirmou que, quanto ao prazo de implantação, por enquanto não há definição,  
126 quando este fosse lançado é que seria dado o período mínimo e máximo, até a implantação do Prontuário Eletrônico. Lembrou  
127 que há mais ou menos um mês fora encaminhado um ofício circular do Ministério da Saúde, informando que na competência  
128 abril, inclusive tendo sido encaminhado para o COSEMS Bahia, que circulara para todos os municípios e também através da  
129 DAB/SESAB, todos os municípios listados em que o gestor não tinha informado a justificativa no formulário, ou o município que  
130 o gestor tinha informado que tem Prontuário Eletrônico, o Ministério estava cobrando a partir de janeiro, fevereiro e março, as  
131 três primeiras competências, que esse envio da produção fosse por Prontuário Eletrônico. Reiterou que os que já tivessem  
132 Prontuário Eletrônico ou que não tivessem mandado a justificativa naquele formulário enviado anteriormente – poucos  
133 municípios no Brasil – para os que não tivessem mandado já estava sendo cobrado que o envio da produção fosse por meio do  
134 Prontuário Eletrônico. Para os que tivessem enviado a justificativa e estivessem com dúvida, deviam entrar no acesso restrito

do 'E-gestor', puxar a lista do estado e veriam que o município está lá, se o município tivesse justificado informando qualquer prazo, ele continuaria informando por fichas CDS, transmitindo a informação, até ser definida a data para implantação do prontuário eletrônico. Colocou que não estava mais na suspensão, vários municípios tinham entrado em contato perguntando se estavam na lista para suspensão de financiamento, então a orientação era que, se tivesse justificado, todo mês tinha que mandar a produção, pelo SISAB, por Prontuário Eletrônico ou por fichas CDS, o importante era transmitir a informação, lembrando que a produção é sempre até o dia 20 do mês subsequente. Exemplificou, o que tivesse feito a produção do mês de abril por Prontuário Eletrônico ou por fichas CDS, teria até dia 20 de maio para transmitir essas informações ao Ministério, com três competências consecutivas de não envio da produção, fosse por CDS, por Prontuário Eletrônico ou por sistema próprio. A suspensão acontecia segundo a Portaria, na própria Política de Atenção Básica, então se tivesse alimentado o sistema em janeiro, fevereiro e março, não teria o recurso suspenso, mas não tendo alimentado de nenhum jeito, aí não tinha como, e só quando fizesse o envio da produção é que podia ser solicitado o retroativo. Com relação ao 'Requalifica UBS', disse que todos os gestores com obras atrasadas, obras não concluídas dentro do prazo, não concluídas fora do prazo, todos os municípios tinham sido notificados e tinham até dia 12 de maio para entrarem no sistema e atualizarem as informações, atualizarem o status da obra, e se por acaso perdessem o tempo e não conseguissem enviar, fizessem esse ajuste no sistema, onde há previsão de solicitação de devolução de recurso, a dica sendo de entrarem no sistema do SISMOB para verem o status da obra e atualizarem as informações, tendo alguns documentos que precisam constar lá. Se a obra estivesse com o status atrasado e o município que não enviasse até o dia 12 de maio – data pactuada na CIT de fevereiro – seria solicitada a devolução dos recursos com relação a essa obra atrasada. **Gerald Saraiva Silva** (SMS de Anagé) relatou problema com a empresa, que tinha abandonado a obra, o Ministério entrara em contato, ele tinha relatado a situação e atualizado em janeiro, mas como o sistema mudara, verificaria de novo. A obra estava praticamente pronta e tinha dúvida se podia fazer a execução direta, pois faltava muito pouco para acabar, uma estava perto de 10% e a outra no máximo 30%. **Érika Rodrigues** pediu que ele passasse mais tarde na sala de apoio estratégico para ver a situação no Ministério e poder lhe orientar, por ser um caso específico, mas de qualquer forma seria preciso entrar no sistema novo para fazer a atualização dessa informação que tinha mandado em janeiro. Ressaltou que o pessoal do Requalifica UBS também estaria no atendimento e explicou a necessidade de ter pelo menos duas mil e uma pessoas cadastradas, para efeito de cálculo do indicador, sendo cem por cento o ideal da população cadastrada na equipe. Assim, se tivessem quatro mil pessoas, o número total precisava ser cadastrado, mas, para efeito de cálculo do indicador do PMAC, que fosse pelo menos cinquenta por cento mais um. Se o município tivesse equipes com menos de duas mil pessoas, a orientação é para o gestor cadastrar a população toda, trabalhando com os agentes de saúde e toda a equipe para o cadastro populacional, e sinalizando a informação para o Estado, que repassaria para o Ministério, no objetivo de haver um diálogo melhor na CIB, tendo em vista a necessidade de colocar no sistema a informação de que determinado município possui uma população inferior a duas mil pessoas. Perguntou se alguém tinha dúvidas e voltou a se colocar à disposição de todos na sala e no *stand*, durante todos os dias do Congresso, para maiores esclarecimentos. **Nanci Salles** informou que a CIB disponibilizaria, por e-mail e no site da Comissão, o Relatório de Atividades da CIB do Primeiro Quadrimestre de 2017. Segundo ela em 2017 a CIB obedeceria religiosamente os quadrimestres para o relatório das atividades e o relatório anual no final do ano. Dando seguimento apresentou os pontos de **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAB/DAE e CIR: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

CREDCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Inclusão de categoria profissional do NASF Tipo II, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador Físico (20h), 01 Terapeuta Ocupacional (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Anguera	Feira de Santana
	Alteração de categoria profissional do NASF Tipo III, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Psicólogo (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Fisioterapeuta (20h), totalizando carga horária de 80 horas.	Dom Macedo Costa	Santo Antônio de Jesus
	Alteração de categoria profissional e carga horária do NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Assistente Social (30h), 01 Educador Físico (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (20h), 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Pediatra (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Nazaré	
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Assistente Social (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Farmacêutico (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Nutricionista (30h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Educador Físico (30h), totalizando carga horária de 210 horas.	Jaguaripe	
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo II, com a substituição de Farmacêutico e Fisioterapeuta por Fonoaudiólogo e Educador Físico, passando a ficar da seguinte forma: 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Educador Físico (30h), e 01 Psicólogo Clínico (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Muniz Ferreira	
ESB – Equipe de Saúde Bucal	02 ESB modalidade I, sendo 01 vinculada à USF Gastão Pedreira e 01 vinculada à USF Morada Nova	Várzea da Roça	Jacobina

171 1.2 Solicitação de financiamento e uso do medicamento trombolítico tenecteplase para o SAMU metropolitano de Salvador.

172 **Aprovado.**

173 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1

174 Habilitação/credenciamento das unidades abaixo relacionadas – **Aprovados**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Cansanção	Hospital Municipal Senhora Santana	2597594	13.806.567/0001-00	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia

175 2.2 Desabilitação de serviços para procedimento de análise citopatológica no âmbito do Qualicito, conforme quadro abaixo:

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES
Castro Alves	APMI de Castro Alves	2601613
Valença	LACLIV – Laboratório de Análises Clínicas de Valença	2525925

176 **Odilon Rocha** lamentou a saída da representante do Ministério e colocou que o terrorismo implantado pelo Ministério da  
 177 Saúde na reunião da CIT em novembro, para os novos e os antigos gestores, bem como a suspensão do recurso para quem  
 178 não fizesse o PEC, parecia que tinha deixado de existir, sendo que alguns dos antigos secretários tinham colocado períodos  
 179 impossíveis para os gestores novos cumprirem, já os novos sem saber o que fazer com esse período, os recursos seriam  
 180 suspensos. Segundo ele o Ministro tinha feito quase que uma imposição para o prontuário eletrônico funcionar, caso contrário  
 181 haveria a suspensão dos recursos e comentou o fato dos secretários ficarem sem saber se compravam computador, em razão  
 182 da portaria de suspensão do recurso e colocou a necessidade de o Ministério definir o que aconteceria com o prontuário  
 183 eletrônico, além do esclarecimento de algumas dúvidas a respeito do RequalificaSUS, pois alguns municípios tinham desejado  
 184 devolver o dinheiro para o Ministério, mas tinham ficado sem saber o que fazer. E esperava que a solicitação de financiamento  
 185 para uso do medicamento trombolítico não fosse apenas para o SAMU Metropolitano de Salvador, pois era uma política que  
 186 afastava a equidade e disse não saber o porquê de a capital do Estado ter e o restante ficar com o que tivesse. Sendo assim,  
 187 que a solicitação, que era extremamente positiva, fosse ampliada para outras regiões do estado. Parabenizou o município de  
 188 Nazaré por ter colocado a figura do médico em um dos processos do NASF, após muitas temporadas, quando no passado as  
 189 equipes de NASF tinham ginecologista e pediatra, o que era um apoio aos PSF. Como os dois profissionais eram relativamente  
 190 caros, tinham substituído todos eles por outros profissionais, criando-se uma lacuna muito grande na atenção básica, pois  
 191 todos os municípios tinham preferido colocar outros profissionais, quando tinham necessidade de um especialista ginecologista  
 192 ou pediatra. E fazia a ressalva ao exemplo de Nazaré por ter colocado um pediatra, um profissional extremamente positivo na  
 193 atenção básica. **Edna Alves** (SMS/Porto Seguro) saudou a todos, deu boas vindas e solicitou a Alcina Romero esclarecimento  
 194 sobre medicamento trombolítico, pois Porto Seguro tinha uma regulação e a distância entre Arraial D'Ajuda e Trancoso  
 195 demandava o uso da medicação, tendo em vista o tempo para aplicação, razão pela qual solicitava ajuda de Alcina Romero,  
 196 com um encaminhamento para o assunto. **Alcina Romero** (Diretora da DAE/SESAB) esclareceu que desde 2014 o Ministério  
 197 da Saúde, através da Portaria GM nº 2.777, de 18 de dezembro de 2014, aprovara o uso do trombolítico em caso de  
 198 atendimento pré-hospitalar móvel do SAMU, estendendo a janela para a aplicação do trombolítico até doze horas, mas o ideal  
 199 sendo quatro horas até seis. Ressaltou que em 2015 a DAE aprovara a Resolução CIB nº 120/2015, pela informação da  
 200 portaria ministerial da dependência da Resolução CIB do Estado para o uso do trombolítico nas ambulâncias do SAMU. Agora  
 201 eles esperavam fomentar junto às coordenações gerais de SAMU regional preencher os requisitos estabelecidos pelo  
 202 Ministério, além da aprovação da CIB, bem como uma grade de referência de leitos de UTI, também para cirurgia  
 203 cardiovascular da zona da cobertura, bem como o impacto financeiro. Referiu que a própria portaria também estabelece o  
 204 parâmetro do uso de trombolítico por população, tendo sido o impacto financeiro do financiamento aportado, na época, de dois  
 205 mil setecentos e cinquenta reais por ampola de tenecteplase de quatrocentos miligramas. E lamentou o fato de o que já fizesse  
 206 o uso do tenecteplase como rotina, como o SAMU regional de Salvador, tivesse demorado em entender a importância de  
 207 apresentar a solicitação ao Ministério, a fim de ter o financiamento aportado no seu teto. Informou que o financiamento é dado  
 208 pelo impacto financeiro, de acordo com o projeto encaminhado via SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em  
 209 Saúde) ao Ministério e com seis meses se faria um encontro de contas. Ou seja, o gestor previa usar mil reais e na série  
 210 histórica de seis meses usara mil e duzentos reais, então teria que aportar mais duzentos e vice versa, para ser incorporado ao  
 211 teto MAC. Ela informou que apenas agora o SAMU metropolitano tinha conseguido seguir direito, porque o Estado tinha  
 212 acompanhado e eles então tinham aprovado na CIR, e ressaltava a importância da aprovação em CIR. Segundo ela, o SAMU  
 213 tinha cobertura regional, mas precisava que todos os municípios estivessem cobertos com aquela ação, não apenas o  
 214 município sede da central. Assim o município que tinha a possibilidade de fazer era o que possuísse veículo de intervenção  
 215 rápida, ambulância ou equipe aérea e, no caso da Bahia não se aplicara, pois o Estado não possui equipe aérea. A Diretora da  
 216 DAE se propôs a tirar todas as dúvidas sobre como fazer o projeto ou o cálculo do parâmetro e pontuou saber de algumas  
 217 pessoas que já vinham usando o trombolítico, sendo assim, não seria justo usarem e não terem o retorno do financiamento  
 218 pelo Ministério. **Odilon Rocha** perguntou se o financiamento seria federal, Alcina Romero respondeu que sim e ele fez então  
 219 um apelo ao Coordenador da CIB, acerca das salas e da medicação para pacientes jovens que sofriam com infarto agudo do  
 220 miocárdio, tendo ocorrido um número significativo de mortes e quase todas as unidades de saúde do interior tinham  
 221 dificuldades para ter a medicação, pelo custo ser maior, sendo assim seria pertinente pelo menos a medicação, se não fosse  
 222 possível ter as salas. O **Coordenador da CIB** explicou que a medicação muitas vezes perdia a validade, porque os médicos  
 223 não usavam, por não saberem ou por medo, e o Estado criara, juntamente com os gestores, uma política de atenção ao infarto  
 224 agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST, que é o infarto com indicação de tratamento com trombolítico, e disse  
 225 estar prevista nessa política a indicação de cinquenta e duas salas de atendimento ao infarto, em cinquenta e duas unidades  
 226 hospitalares estaduais, municipais ou filantrópicas. Disse que tinham sido feitas as identificações dos municípios, com base no  
 227 registro histórico de números de casos de infartos atendidos em cada uma das regiões, e tinham sido submetidas à aprovação  
 228 das CIR e da CIB. Sendo assim, a SESAB licitaria uma empresa para fazer a implantação do sistema de telemedicina, segundo  
 229 ele, em cada sala implantada em uma unidade hospitalar teria um equipamento de telemedicina, com três câmeras, sendo uma

230 para o paciente, uma para o médico e a outra câmara móvel, em HD, para examinar o corpo do paciente, ver exames, bem  
231 como um monitor, com capacidade de sincronização e transmissão dos dados vitais do paciente *online* e ao vivo, além de  
232 entradas para conectar equipamentos e transmitir laudos, ECG (eletrocardiograma) e tomografia. As informações seriam  
233 enviadas para uma sala em Salvador, com médicos cardiologistas vinte quatro horas por dia, que ofereceriam informações ao  
234 vivo para o médico clínico, ortopedista, ou em paciente do interior com suspeita de infarto. Ele explicou ainda que a  
235 transmissão seria ao vivo e com a possibilidade de visualizar o ECG, bem como confirmar e descobrir casos, o médico teria a  
236 possibilidade de orientar a diluição da medicação, por exemplo, de como administrar, e, se houvesse alguma arritmia, o médico  
237 em Salvador poderia orientar como tratar. Então haveria todo o conforto para o profissional do interior que não entendesse de  
238 infarto discutir o caso e decidir a instituição do tratamento. Como existia a dificuldade da disponibilização do trombolítico, disse  
239 que o Estado bancaria o tratamento trombolítico nas salas, fornecendo as ampolas de tenecteplase para todas as cinquenta e  
240 duas salas instaladas e no mês de maio haveria a licitação da empresa responsável por fornecer os equipamentos e a  
241 tecnologia. **Cássio Garcia colocou os pontos em apreciação após os comentários e lembrou que a pauta do**  
242 **trombolítico havia passado na CIR de Salvador, na última semana, tendo sido aprovado lá, sendo assim, dava**  
243 **seguimento.** A Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção a Saúde (SUREGS/DICON) – habilitação e  
244 credenciamento de unidades: **o município de Cansanção tinha solicitado habilitação do Hospital Municipal Senhora**  
245 **Santana, para laqueadura tubária e vasectomia; desabilitação de serviço para procedimento de análise patológica no**  
246 **âmbito do Qualicito, para o município de Castro Alves, na Unidade APMI (Associação de Proteção a Maternidade e**  
247 **Infância de Castro Alves) e para Valença o LACLIV (Laboratório de Análises Clínicas de Valença). Ele ressaltou que o**  
248 **Qualicito é analisado periodicamente e enviado para a área técnica, que faz a desabilitação ou nova habilitação, e a**  
249 **SESAB também fazia a repactuação em CIR, sendo aprovado.** E encaminhou, dando seguimento às propostas enviadas  
250 para apresentação na reunião. Convocou primeiramente Ana Paula Andrade (SESAB/SUREGS), para apresentar o ponto da  
251 Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção a Saúde - cirurgias eletivas, bem como da situação do cadastro Lista  
252 Única: **Ana Paula Andrade** explicou a situação do cadastro Lista Única, disse que a SUREGS tinha enviado um ofício no dia  
253 vinte de abril, respondendo ao ofício circular do Ministério da Saúde à SESAB solicitando à gestão estadual e aos municípios a  
254 atualização quanto à demanda de cirurgias eletivas existentes em casa município. Para isto os estados e municípios deviam  
255 enviar relação de nomes de pacientes, cadastro do cartão SUS, tipo de procedimento, através do sistema SISREG (Sistema  
256 Nacional de Regulação) ou algum sistema próprio que o Estado ou município utilizasse para gerir sua fila. E informou que o  
257 Estado possui o Sistema Lista Única desde 2014, no intuito de gerenciar o cadastro da demanda das suas cirurgias eletivas,  
258 sendo assim, fora possível concluir que a maioria dos novos gestores não tem conhecimento do sistema, mas a demanda já  
259 vinha sendo gerenciada desde 2014, não apenas dos pacotes dos procedimentos elencados na política nacional de cirurgias  
260 eletivas, que estava suspensa desde fevereiro de 2015, como também todas as outras demandas de cirurgias eletivas  
261 existentes na tabela SUS. Segundo ela, a situação atual do cadastro no Sistema Lista Única é de oitenta e sete mil, duzentos e  
262 noventa e cinco procedimentos relacionados à tabela diferenciada, ou seja, o Estado, atendendo à normativa do Ministério da  
263 Saúde da Política Nacional de Cirurgias Eletivas, aprovava em CIB uma relação de noventa e três procedimentos com tabela  
264 diferenciada, correspondendo ao dobro do valor da tabela SUS, com os procedimentos de maior número da demanda  
265 reprimida no momento, e eles tinham trabalhado com a tabela no Sistema a partir de 2013 e 2014, remunerando todos os  
266 prestadores que viessem a executar cirurgias eletivas com o valor diferenciado do rol de procedimentos, correspondendo ao  
267 dobro da tabela SUS. Além disso, tinham cadastrado sessenta e cinco mil, novecentos e noventa e cinco procedimentos,  
268 fazendo parte da Política Nacional, com a mesma contemplando mais de quatrocentos procedimentos eletivos e, destes, a  
269 SESAB tinha retirado noventa e três para remunerar de forma diferente, sendo exatamente os procedimentos de maior  
270 demanda. Explicou que, além disso, tinham sido registrados no Sistema duzentos e vinte e seis mil, setecentos e cinquenta e  
271 nove procedimentos que estavam fora da Política Nacional de Cirurgias Eletivas, mas faziam parte da tabela SUS e eram  
272 procedimentos cirúrgicos, existindo na lista do Estado atualmente um total de trezentos e oitenta mil procedimentos com  
273 demanda reprimida, referentes às nove regiões de saúde que têm cadastro no sistema, correspondendo às vinte e oito  
274 regionais de saúde e a trezentos e cinquenta e três municípios. Ou seja, existem trezentos e cinquenta e três municípios  
275 cadastrados no 'Sistema Lista Única', com demandas quantitativas e, **apesar do prazo para envio da relação ao Ministério**  
276 **da Saúde já ter expirado (trinta de abril), o Estado conseguiu um prazo para enviar até dia cinco de maio.** A SUREGS  
277 teria informado a notificação à CIB que era para ter acontecido no dia vinte e dois, porém a reunião fora suspensa, então eles  
278 tinham enviado um ofício ao COSEMS para circular de forma mais rápida, no intuito de fazer com que os municípios não  
279 apenas cadastrassem a demanda quantitativa, inclusive porque o primeiro pedido tinha sido em 2014. **E pontuou que o**  
280 **Ministério quer, através do ofício enviado, não apenas a quantidade de procedimentos, mas também conhecer o**  
281 **paciente.** Sendo assim, ela lembrava que o Estado, através do mutirão – quando tinham sido feitos mais de dez mil  
282 procedimentos, atendera algumas demandas. Com isso, eles precisavam atualizar o cadastro, pois certamente teria uma base,  
283 mesmo não fidedigna, por ter demandas que não tinham sido cadastradas, já que são quatrocentos e dezessete municípios,  
284 mas apenas trezentos e cinquenta e três tinham cadastrado alguma demanda, bem como alguns municípios que tinham feito o  
285 atendimento do mutirão na região de saúde e os pacientes que estavam cadastrados certamente tinham sido atendidos.  
286 **Assim, ela pedia para os gestores cadastrarem no Sistema Lista Única e explicou que o acesso é fácil e dinâmico,**  
287 **qualquer pessoa poderia acessar sem nenhum problema, para que eles pudessem cadastrar todos os usuários até**  
288 **sexta-feira. E não adiantava cadastrar apenas a quantidade dos procedimentos, pois o Ministério da Saúde estava**  
289 **categorico, querendo o nome do paciente, sendo assim, se não tivesse o cartão nacional e os dados pessoais do**  
290 **paciente, o mesmo não consideraria a demanda reprimida do estado. Explicou também que o objetivo do Ministério é**  
291 **buscar a informação para ter uma discussão técnica com alguns estados e avaliar o novo modelo da Política Nacional**  
292 **de Cirurgias Eletivas.** Além disso, o Ministério ainda não tinha explicado como ficaria a Política ou se permaneceria na  
293 mesma roupagem de 2015, quando fora suspenso o valor da tabela diferenciada, bem como a faixa etária diferenciada, o valor  
294 de remuneração e de repasse para cada gestor local. A SUREGS entrara em contato com a área técnica do Ministério, mas  
295 infelizmente era uma política que ainda estava sendo tratada, sendo assim, eles precisavam destas informações para construir  
296 uma política mais sólida e atender a necessidade de cada estado. Ela apresentou os dez procedimentos mais cadastrados

297 relacionados à tabela diferenciada com remuneração diferente, como a colecistectomia, com oito mil procedimentos, a  
298 miomectomia e a histerectomia. Disse que ao fazerem uma avaliação de procedimentos como mioma, vesícula e hérnia,  
299 tinham visto que a hérnia tinha ficado com dezoito por cento de toda a demanda reprimida e de oitenta e sete mil, quase  
300 dezenove por cento estava relacionado aos vários tipos de hérnia, o mioma tinha ficado em quase onze por cento e a vesícula  
301 com quase quatorze por cento. **Fábio Vilas-Boas** analisou o valor de treze mil de cirurgias de mioma e histerectomia, somou  
302 aos dois mil de miomectomia videolaparoscópica, indo a quinze mil de útero; acrescentando mais cinco mil de laqueadura,  
303 totalizava vinte mil cirurgias correspondentes ao aparelho reprodutor feminino, dando quarenta por cento de cirurgias. E avaliou  
304 que os gestores poderiam enviar cem por cento para o Hospital da Mulher, sinalizando aos gestores presentes que enviassem  
305 pacientes para o hospital, enquanto o mesmo estava amplo, orientando que todos agilizassem no sistema e cadastrassem as  
306 cirurgias dos úteros e ovários para conseguirem acabar com a fila, deixando apenas vesícula e hérnia para serem feitos nos  
307 hospitais. **Ana Paula Andrade** informou que, além dos dez principais procedimentos relacionados na tabela diferenciada, tinha  
308 mais oitenta e oito cadastrados, os outros procedimentos, também da política nacional, mas não sendo da tabela diferenciada,  
309 ou seja, da tabela SUS, apesar de serem de cirurgia eletiva, e tinham valores de tabela SUS, teriam recurso novo para  
310 executar o rol de procedimento, mas não teriam nenhuma remuneração diferente do que a tabela tinha preconizado. Informou  
311 como cirurgia campeã a facetectomia e disse que o Estado pretendia organizar a rede de oftalmologia, para que as vinte e oito  
312 regiões de saúde pudessem dispor de um serviço para realizar cirurgias de catarata, sendo que a mesma possui quase dez por  
313 cento de demanda reprimida de cadastro no Sistema. Por último ela mostrou outros procedimentos que estavam na tabela,  
314 mas não estavam relacionados, nem com o projeto de cirurgia eletiva, enquanto global, nem com a tabela diferenciada, mas  
315 era procedimento cirúrgico que o Estado tinha se preocupado em saber a demanda reprimida, para avaliarem qual a área para  
316 investirem com cirurgias que não estavam conseguindo fazer, a exemplo de ortopedia, por ser um dos grandes problemas,  
317 apesar dos números não apresentarem, porque quando o Estado avaliara, eles tinham notado que havia 'sujeira' no cadastro.  
318 Ela então tinha orientado às equipes e aos municípios que tinham solicitado orientação quanto à existência de procedimentos,  
319 como a anestesia obstétrica para cesariana, tendo mil quatrocentos e sessenta procedimentos, entre os dez mais cadastrados,  
320 que a SESAB não os gerenciaria no Sistema Lista Única, por existir a rede de obstetrícia, que possui uma vinculação muito  
321 bem feita. E explicou o passo a passo para se acessar ao Sistema Lista Única e disse que o mesmo seria disponibilizado para  
322 a CIB e o COSEMS, mostrando aos gestores como a facilidade de utilizar o sistema, apresentando a tela de acesso, informou  
323 o *link* para acesso – [www.saude.ba.gov.br/listaunica](http://www.saude.ba.gov.br/listaunica), o *login* e a senha – o código do IBGE de cada município, com seis dígitos  
324 – e colocou a Superintendência à disposição dos gestores que não conseguissem acessar o sistema, ressaltando a  
325 obrigatoriedade de alterar a senha, para uso individual, após o primeiro acesso. Apresentou também o que havia sido solicitado  
326 ao COSEMS para cadastro dos pacientes: a necessidade de informar o nome do paciente, o cartão nacional, o local de  
327 residência, o contato e a informação do procedimento que o paciente tinha indicação para fazer. Após seguir todas as etapas,  
328 o gestor salvaria o cadastro e confirmaria a inserção do paciente na relação do Sistema Lista Única. Mostrou em seguida um  
329 *link* com a relação do acompanhamento do paciente, onde os gestores conseguiriam visualizar todos os pacientes, bem como  
330 o procedimento e o *status*, informando também que, através da rede própria e da contratada, quem estivesse ofertando serviço  
331 dos procedimentos de cirurgias eletivas, o Estado faria com que cem por cento utilizasse o Sistema Lista Única. Assim, o  
332 prestador teria que liberar a agenda via Sistema Lista Única para a demanda cadastrada da região e, a partir de junho, o  
333 Estado se reuniria com os quinze prestadores contratualizados para estes ofertarem a demanda cadastrada para cada região  
334 de saúde, assim, haveria alinhamento. Segundo Valença, antigo no processo, e com o processo de eleição a SESAB não  
335 conseguiu operacionalizar a cirurgia eletiva pelo Sistema Lista Única, mas a partir de primeiro de junho qualquer AIH de  
336 cirurgia eletiva só seria paga se fosse via Sistema, o prestador poderia até fazer, mas se não estivesse cadastrado no Sistema,  
337 o Estado não efetuaria o pagamento da conta. E nas próximas semanas se reuniria com os prestadores, bem como com as  
338 regiões de saúde dos mesmos, para discutir e orientar o uso de fato do Sistema como via de acesso para as cirurgias eletivas,  
339 a partir do que o Ministério tinha sinalizado de que o município ou o estado que não tivesse sistema próprio utilizasse o  
340 SISREG. Como o Estado tem o 'Lista Única' rodando com acesso exclusivo para o Hospital da Mulher, bem como outros  
341 serviços vinculados, como, por exemplo, o PPP de imagem, as cirurgias eletivas e o próprio mutirão de cirurgia, mas no caso  
342 fora pontual nas regiões onde acontecera. Ela explicou que a mesma coisa aconteceria com as cirurgias eletivas nos serviços  
343 que atualmente têm contratos, a exemplo da região de Valença, que atende a várias outras regiões, mas não à sua própria e  
344 agora teria que se limitar ao Sistema. Concluiu informando que os escritórios do Ministério e o que a SESAB enviara estavam no  
345 site da CIB, junto com as duas apresentações, para que os gestores tomassem conhecimento. **Odilon Cunha** fez a ressalva de  
346 que muitos secretários presentes são novos e tinham recebido recurso para cirurgias eletivas, tinham feito os atendimentos  
347 dentro do recurso, mas não tinham faturado pela tabela acordada na época, tendo alguns municípios na Bahia com recursos a  
348 serem devolvidos ao Ministério. E pedia ao Secretário de Saúde que se formasse um grupo com Ana Paula Andrade, para  
349 discutir a situação da cirurgia eletiva na Bahia e todas essas situações de inconformidade, e que a Auditoria avaliasse, para  
350 verem como fazer com os municípios que têm duzentos ou trezentos mil reais de débito para devolverem ao Ministério, e eles  
351 tendo prestado o serviço algumas vezes, mas não tinham sabido faturar. E comentou que há dois anos a Secretaria de Saúde  
352 já vinha encaminhando isso e, com a mudança de gestores, os novos sem conhecimento suficiente desse fato, precisavam  
353 fazer um pequeno grupo para essa discussão da cirurgia eletiva, principalmente do débito de alguns municípios e para eles se  
354 fortalecerem e encaminharem junto ao Ministério. Disse que ele próprio tinha encaminhado uma solicitação do seu município,  
355 para refazer todo o faturamento de quatro anos atrás, mas o Ministério não dera a resposta que ele esperava, então, quando  
356 discutissem novamente sobre cirurgia eletiva, colocassem a parte de varizes, que eles tinham excluído e não entendia por que  
357 não se colocava varizes em pautas e pedidos, quando existe uma solicitação muito grande 'na ponta', bem como cirurgias  
358 ortopédicas, que criam os maiores problemas por serem pessoas idosas e todos sabiam da dificuldade, sendo impossível  
359 qualquer hospital pequeno fazer cirurgia ortopédica sem o recebimento de órtese e prótese. Comentou que tinham feito uma  
360 PPI em que o valor médio de uma cirurgia era quatrocentos e oito reais, então ninguém poderia fazer uma cirurgia de colo de  
361 fêmur para receber esse valor, sem ter sido considerado o valor das órteses e próteses, um dos grandes problemas deles.  
362 Portanto, que dessem prioridade à cirurgia ortopédica, principalmente porque existe parque tecnológico e ninguém queria fazer  
363 por não querer colocar prótese, e pontuou para o Estado dá a prótese ou tinham que dar uma solução, porque algumas vezes

364 os pacientes ficavam um a dois meses e, ao iniciarem a cirurgia, os profissionais tinham que quebrar as pernas dos pacientes  
365 por já ter consolidado a fratura, e hoje os idosos ficavam entre sessenta a noventa dias em casa, esperando uma cirurgia  
366 ortopédica. **Edna Alves** (SMS Porto Seguro) comentou que a fila única é uma iniciativa muito boa do governo do Estado, agora  
367 ela vinha presenciando isso em Porto Seguro e todos sabiam das dificuldades, porque, mesmo que estivessem executando as  
368 cirurgias de hérnia, de vesícula, a demanda é muito grande, portanto nesse mutirão em curso na região, tinha sido oitocentas  
369 cirurgias cadastradas em quatro dias de triagem e, com a iniciativa do Governo do Estado, encaminhando equipe ao Hospital  
370 Luis Eduardo, e ela agradecia oficialmente, porque a equipe da SESAB se encontrava no Hospital Luis Eduardo e eles  
371 zerariam momentaneamente. Disse que eles tinham conseguido proporcionar a esses pacientes a cirurgia de vesícula por  
372 vídeo, então a satisfação era muito grande e já que tinha tido essa iniciativa para hérnia, vesícula e para histerectomia, que na  
373 segunda etapa fosse com ortopedia e então eles conseguiriam zerar muito mais. **Fábio Villas Boas** reforçou que o mutirão  
374 vinha sendo realizado para acabar com a fila de cirurgias, mas que paralelamente eles têm um programa de credenciamento  
375 de cirurgias eletivas que paga um pouco a mais e o suficiente para viabilizar, financiar os hospitais e os médicos, e quem  
376 tivesse interesse em aderir ao programa de credenciamento de cirurgias eletivas da SESAB procurasse informações com a  
377 SUREGS, porque a idéia é acabar esse mutirão e não ter que voltar daqui a um ano ou dois, reiniciar essa atividade itinerante  
378 já que existe uma estratégia definitiva para impedir que essas filas voltassem a acontecer. **Ana Paula Andrade**, para reforçar a  
379 fala do Secretário quanto ao que Edna e Odilon tinham colocado, disse que o Sistema Lista Única fora criado pensando-se  
380 exatamente nisso e o Estado precisava comprar serviço para ofertar à população e eles precisavam conhecer qual a  
381 necessidade dessa população, pois ao iniciarem o mutirão, no ano passado, tinham se baseado no Sistema Lista Única com os  
382 procedimentos de maior necessidade – histerectomia, vesícula e hérnia – hoje o foco do mutirão de maior demanda. E se eles  
383 observassem, pelos números colocados, chagava a quase 50% de demanda reprimida, e para que eles pudessem  
384 contratualizar pelo credenciamento hoje, que estava aberto, e pudessem brigar por novos recursos junto ao Ministério da  
385 Saúde, para ampliarem esse credenciamento. Adiantou que eles precisavam cadastrar a demanda reprimida e ela não tinha  
386 dúvidas, porque só ontem, na tela da Central, tinha quatrocentos e oitenta pacientes aguardando cirurgia ortopédica –  
387 considerando os cadastrados – fora os que não acessam o sistema de regulação, que não se conhecia. Então, o sistema  
388 permite a eles fazerem um planejamento da compra de serviço da maior necessidade e com o recurso escasso, eles  
389 precisavam parar, analisar e ver onde precisavam investir nesse momento e não havia dúvidas que o próximo foco, a próxima  
390 ação deles tinha que ser em ortopedia e isso já vinha sendo trabalhado internamente. E tendo também o credenciamento de  
391 ortopedia, com um valor de tabela de remuneração diferenciada da tabela SUS, mas o suficiente para ‘rodar’ e precisando  
392 nesse momento viabilizar, eles não dariam lucratividade, mas precisavam garantir o acesso. Portanto o Estado lançara o  
393 credenciamento com um valor de remuneração diferente da tabela SUS sendo a idéia de que em cada região de saúde eles  
394 tivessem um município como referência, para executar a ortopedia de menor complexidade e alguns dos hospitais, o Manoel  
395 Vitorino, o Regional de Santo Antônio de Jesus, o Clériston Andrade, o HGE, o do Subúrbio, os grandes hospitais, o HGVC, o  
396 de Guanambi, para cirurgias de maior complexidade, que eles sabiam que necessitariam de maiores recursos, a exemplo de  
397 UTI, para esses pacientes serem atendidos. E para conseguirem fazer isso precisavam também ter uma rede de média  
398 complexidade bem definida e para isso precisavam definir, em cada região de saúde, qual o hospital de referência que estaria  
399 atuando ali para cirurgias eletivas de ortopedia e a urgência estaria sempre entrando na porta de entrada dos hospitais  
400 regionais, os grandes hospitais e exemplificou com Eunápolis que, apesar de não ser regional, é um grande executor de  
401 ortopedia de urgência e de eletiva. E precisavam, a partir de agora, organizar cada rede, cada de linha de atenção, de cuidado,  
402 pensar de forma diferenciada e poderiam consolidar contratos e credenciamentos nesses hospitais, que viabilizassem uma  
403 quantidade mínima de serviços para serem executados hoje. Disse que já tinha sinalizado na reunião da UPB (União dos  
404 Municípios da Bahia), que precisavam ir para cada região de saúde e identificar o ponto de atenção, o que cada hospital pode  
405 fazer e definir juntos a atuação do hospital de cada região, para viabilizar o acesso cirúrgico eletivo ou ortopédico, ou da rede  
406 obstétrica e qualquer que fosse. E considerou isso como um ‘dever de casa’, não sendo apenas de um ente federado, mas dos  
407 dois entes, municípios e Estado e, em se tratando especificamente de cirurgia eletiva, se eles não corressem o Estado da  
408 Bahia, mais uma vez, ficaria sem aporte financeiro equivalente à sua demanda reprimida para essas ofertas. Achava pertinente  
409 o que Odilon Rocha falara e disse que o CONASS está organizando um grupo de trabalho e o Secretário já manifestara a  
410 necessidade de ter um representante da Secretaria, e ela se oferecera para estar à frente desse grupo de discussão, e eles já  
411 teriam uma vídeo-conferência com o Ministério da Saúde, no dia 05/05/2017, quando passariam para o Ministério o que vinham  
412 fazendo no mutirão. Mas achava importante, nesse momento de discussão do CONASS e junto ao Ministério da Saúde, levar a  
413 situação do que tinha ficado para trás, para que o Ministério, começando tudo de novo, não esquecesse o que tinha ficado para  
414 trás, mas que considerasse todo o resíduo e o déficit. E falou que eles tinham o estudo, sendo tranquilo recuperar vários  
415 municípios no estado que tinham executado, mas não tinham registrado o valor da tabela diferenciada e que, pelo Ministério,  
416 teriam que devolver o dinheiro. Segundo ela era importante não só o estado, mas o COSEMS também estarem juntos no  
417 Ministério da Saúde, questionando qual seria a situação. **Stela Souza** pontuou que eles têm esse estudo com os municípios  
418 que tinham faturado diferentemente e com o valor a menor do que era para ser faturado, e falou de uma tabela aprovada em  
419 CIB, um pouco parecida com a do PLANSERV, e que na hora de faturar tinham sido colocados apenas os valores sujos, com  
420 isso tinha ficado resíduos em vários municípios. E citou o município de Salvador, com as cirurgias oftalmológicas, tendo sido  
421 liberado no início e tinha sido retirado após Salvador executar, ficando com um saldo que ainda se discutia com o Ministério. E  
422 tinham realmente que rever isso o mais rápido possível, pois o COSEMS tem o estudo, assim, sugeriu chamarem logo esses  
423 municípios para conversarem a respeito e discutir com o Ministério que teria que atender a essa demanda. Então falaria  
424 rapidamente sobre cirurgias eletivas, sabia que Edna já tinha colocado, mas nada melhor do que falar daquilo que ela  
425 experimentara e, em sua opinião, esse projeto, que trazia de fato uma mudança na gestão municipal, para eles atenderem às  
426 necessidades dos municípios, e agora vários com gestores novos, e municípios que tinham demanda e com demandas  
427 reprimidas pela dificuldade de realizar a cirurgia eletiva por vários fatores, financeiros, equipe e com o porte de unidade  
428 hospitalar sem comportar, eles tinham conseguido nesse momento, por exemplo, em Eunápolis, que é região de Porto Seguro  
429 e sedia as cirurgias no Hospital Luis Eduardo Magalhães, mas eles tinham feito lá a triagem e em mais quatro municípios da  
430 região, já tendo sido realizadas mais ou menos cento e oitenta cirurgias e, o mais importante, com veículo levando todos os

431 dias cerca de vinte pacientes para Porto Seguro e levando de volta os do dia anterior. Tinham conseguido fazer também a  
432 revisão e, ao invés dos pacientes irem para Porto Seguro, o médico estava indo para o Hospital Regional para fazer as  
433 revisões. Referiu que tinha vários depoimentos dos pacientes, observando ser isso o que importava, pois muitas vezes os  
434 gestores pensavam que estavam fazendo o certo e o paciente sem estar com o problema resolvido. Portanto esse mutirão de  
435 cirurgia tinha feito a diferença pelo que estava sendo colocado pelos pacientes e ela vinha pedindo autorização e gravando  
436 esses depoimentos deles, de que estavam indo e vindo, a facilidade de cirurgia por vídeo, e eles sabiam que hoje não  
437 conseguiram fazer em lugar nenhum, por ser muito difícil saírem do hospital com a medicação, e com o dia da revisão  
438 agendado, tudo muito organizado. Mas, já que tinha sido sucesso, eles queriam que chegasse a todas as regiões da Bahia, a  
439 todos os lugares, sabiam do trabalho, uma logística muito grande e muito recurso, mas o recurso é da Bahia, dos 15 milhões  
440 de habitantes. Então achava que estavam fazendo o certo e tinham que investir também na ortopedia, encontrar um caminho  
441 por estar grande a fila e o Hospital Manoel Vitorino não daria para eles resolverem os problemas de média complexidade, por  
442 exemplo, em Salvador. Eles tinham que resolver na região, e tendo hospitais que podiam dar conta, então ela já fazia um  
443 comprometimento com Ana Paula Andrade, para juntos fazerem uma proposta, porque ela, como representante do COSEMS,  
444 não poderia trazer a proposta sozinha, mas construiriam juntos e discutirem com o Secretário e com o Ministério, para verem o  
445 que poderia ser feito, e com urgência. **Ana Paula Andrade** colocou que a proposta do Estado é fazer mutirão nas vinte e oito  
446 regiões de saúde, já estavam definindo a programação dos outros municípios e cada região de saúde sediaria, ressaltando  
447 que não seria em todos os municípios e em todas as regiões, mas todas as regiões teriam o mutirão de saúde para esses cinco  
448 procedimentos sendo ofertados. **Odilon Rocha** falou da sua proposta de ser criado um pequeno grupo técnico para estudar a  
449 cirurgia eletiva e, com os dados, verem o que fazer, e que tem três políticas de cirurgias eletivas, eles estão com a situação  
450 extremamente crítica com os HPP, e perguntou se não poderiam incorporar os hospitais de pequeno porte em uma dessas  
451 políticas de cirurgias eletivas, considerando a dificuldade dos gestores com os HPP, que já tinham tido financiamento e  
452 subitamente fora cortado e deixando alguns municípios com dificuldade. Assim referiu que poderiam pegar a própria cirurgia  
453 eletiva – porque fazer a cirurgia era o que precisavam – fazerem o mutirão, mas tendo as cirurgias comuns, sem precisarem  
454 criar um grande mutirão e que podia ser feito em qualquer hospital pequeno. Repetiu que fosse feito um grupo e não acreditava  
455 que o Ministério zeraria nada, mas continuaria e não cobraria, e infelizmente muitos municípios da Bahia tinham chegado ao  
456 cúmulo de fazer a tabela que por sua conta, de tão desorganizado que tinha sido, e tinha cobrado e recebido. Assim,  
457 histerectomia estando na tabela por vinte mil reais e o município tendo colocado cinquenta mil reais e o Ministério pagara.  
458 Reiterou que era necessário um grupo pequeno para poderem levar também uma proposta para o Ministério, através do  
459 CONASEMS, porque precisavam ter uma proposta de cirurgia eletiva, que estava fazendo muita falta, pois as pessoas estavam  
460 falando que a cirurgia eletiva vinha acontecendo, mas não estava acontecendo o financiamento. **Stela Souza** passou para  
461 outro ponto de pauta: **Pactuação de transporte sanitário eletivo – Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à**  
462 **Saúde (SUREGS/DICON).** **Ana Paula Andrade** comunicou que quatorze municípios tinham pleiteado transporte sanitário  
463 através de Emenda Parlamentar e apenas sete tinham encaminhado os projetos, e, como esses quatorze têm o projeto e  
464 solicitação de Emenda Parlamentar, que ficasse pactuado que os municípios Aratuípe, Barra do Rocha, Boa Nova, Cafarnaum,  
465 Correntina, Ibipepa, Iuiui, Iracajuba, Iraquara, Itiruçu, Jussara, Presidente Jânio Quadros, Ribeira do Amparo e Santa Cruz da  
466 Vitória, hoje com Emenda Parlamentar para aquisição de transporte sanitário – e desses, Aratuípe, Correntina, Presidente  
467 Jânio Quadros, Ribeira do Amparo, Santa Cruz da Vitória, Iraquara e Jussara já tendo enviado o projeto, os demais ainda sem  
468 enviar – se fizesse uma resolução para cada município, lembrando que a resolução CIB é requisito do Ministério da Saúde para  
469 a liberação do recurso dessa Emenda e os demais já fossem aprovados na CIB. Mas o encaminhamento dessa resolução  
470 para homologação e publicação só se daria após a apresentação do projeto, como exigido por portaria e, após o  
471 encaminhamento do projeto e a aprovação do mesmo, eles encaminhariam essas resoluções para publicação. E deixaria  
472 aprovado que todos os quatorze municípios que têm a Emenda Parlamentar para essa finalidade estão aptos para receberem  
473 esse recurso mediante a apresentação do projeto. **Stela Souza, para deixar claro, disse que constaria em ata que os**  
474 **quatorze municípios apresentados, tendo eles apresentado o projeto e tendo sido atendida a exigência da portaria**  
475 **ministerial, saíssem como resolução dessa reunião da CIB, porque se saísse ad referendum o Ministério da Saúde não**  
476 **aceitaria, então eles deixariam apenas registrado.** **Ana Paula Andrade** colocou que a publicação da resolução só seria feita  
477 com a apresentação do projeto e, se o município demorasse para encaminhar o mesmo, não seria publicado, mas, para ter a  
478 resolução publicada, essa reunião seria sempre referenciada. **Odilon Rocha** colocou que eles tinham aprovado uma resolução  
479 constando que, para qualquer recurso de emenda parlamentar, seria emitida uma resolução *ad referendum* e essa o Ministério  
480 não aceitava, ao que **Ana Paula Andrade** confirmou que o Ministério já tinha colocado que não podia ser resolução *ad*  
481 *referendum*, **Odilon Rocha** perguntou então se seria da CIB ou da CIR e ela respondeu que só podia ser da CIB, e a condição  
482 de ser resolução da reunião da CIB sem ser ad referendum. **Odilon Rocha** disse ainda que eles não prejudicariam, achava  
483 estranho que até as ambulâncias que estavam saindo através de emenda parlamentar não estavam solicitando isso e os  
484 deputados reclamariam. **Stela Souza** confirmou que estava então **aprovado.** **Nanci Salles** pontuou que só tinha sido quatorze  
485 municípios se manifestando para a Secretaria Executiva da CIB em relação a esse pleito, mas questionava para algum outro  
486 município do estado que tivesse feito proposta de emenda para aquisição de transporte sanitário posterior a reunião, qual o  
487 encaminhamento que a CIB daria? **Stela Souza** falou que seria o mesmo encaminhamento, não dava para prejudicar os  
488 municípios, com a dificuldade que eles já tinham e já tendo conseguido a emenda, precisando do transporte sanitário e haver  
489 mais uma exigência de ter uma reunião da CIB para aprovar o transporte sanitário. **E exemplificou, se o município**  
490 **mandasse amanhã o projeto eles teriam que correr e marcar uma reunião da CIB para aprovar algum projeto que elas**  
491 **sabiam que seria aprovado, então a sua sugestão, se todos os membros concordassem, era que todos os projetos que**  
492 **chegassem fossem remetidos, em sua resolução, a essa reunião da CIB, desse dia 03/04/2017.** **Nanci Salles reforçou**  
493 **que os municípios precisavam encaminhar o ofício com a proposta para a Secretaria Executiva da CIB, pelo email**  
494 **sesab.cib@saude.ba.gov.br** e que precisavam, através desse email, passar todas as orientações em relação ao  
495 projeto, à orientação do Ministério e, **para encaminharem para a SUREGS (Superintendência de Gestão dos Sistemas**  
496 **de Regulação da Atenção à Saúde), caso houvesse alguma orientação o município devia fazer ajuste no projeto e após**  
497 **esse feedback da SUREGS, publicariam a resolução CIB.** **Stela Souza reforçou que estava aprovado e passou ao**

498 próximo ponto: **Grupo Condutor de Redes – Aprovação de assuntos referentes a redes temáticas e ampliação do**  
499 **cronograma de repactuação da PPI.** Disse que o COSEMS tinha pedido pauta no Grupo Condutor Estadual para tratar do  
500 prazo da PPI por ter várias reclamações, vários municípios não tinham conseguido fechar, estavam fechando com muita  
501 rapidez, portanto esse não era um trabalho que tinha que ser feito dessa forma e solicitavam do Grupo Condutor um prazo  
502 maior para fecharem o sistema, só que ela tinha sido informada pela área técnica que, como isso tinha sido aprovado em CIB,  
503 só poderiam prorrogar depois, com aprovação na mesma. E eles tinham pedido algumas prorrogações, Jaquelyne tinha  
504 participado representando o COSEMS em um seminário de prefeitos e secretários municipais de saúde, na UPB (União dos  
505 municípios da Bahia), o estado representado por Luiz Cláudio, tendo havido várias solicitações dos municípios e dos prefeitos,  
506 portanto o COSEMS fizera essa solicitação e eles já tinham conversado nos grupos e todos estavam com essa expectativa,  
507 aguardando esse prazo, e **solicitavam que o prazo saísse do dia 03 de maio para 30 de maio, por causa do Congresso,**  
508 **este sendo o prazo de prorrogação de fechamento do sistema de repactuação da PPI.** Cássio Garcia falou que tinha  
509 havido várias frentes com solicitação de ampliação do prazo e que o estado acatava a solicitação, tinha que ser ampliado até o  
510 dia 30/05 e aprovado em CIB e, conseqüentemente, haveria alteração das oficinas que eles teriam que repactuar também e,  
511 nessa lógica eles pretendiam também, não fazer essas oficinas como proposto no primeiro momento, de duas macrorregiões  
512 juntas, a equipe ficava sobrecarregada e eles queriam trazer uma nova proposta de calendário, onde cada macrorregião  
513 tivesse a sua data específica para a repactuação e essa era uma colocação deles. **Então ele achava que, tendo o Grupo da**  
514 **PPI que vinha fazendo esses estudos, eles podiam apresentar com calma um novo calendário na próxima CIB.** Odilon  
515 **Rocha** falou da sua preocupação com as primeiras reuniões de discussão de PPI e sobre uma discussão na CIR da sua  
516 região, que fugia à lógica da PPI, ou seja, de que a negociação surgiria da tabela SUS, então eles precisavam assumir que  
517 queriam fazer isso e registrar legalmente, e havia uma pressão muito grande dos grandes municípios em querer recuperar os  
518 seus custos em cima dos pequenos municípios. Então, ao exigir que ele teria direito a duzentos reais de consulta de  
519 especialidade, mas que ele pactuaria duzentos reais e só faria quarenta, isso era ilegal, imoral, principalmente para o pequeno  
520 município que não tem as mesmas vantagens dos grandes municípios, com maiores financiamentos estaduais e federais. Que  
521 eles sentassem e colocassem no papel de que todos eles, mais o Conselho Municipal, o Conselho Estadual, a CIB e a CIR,  
522 todos concordavam com aquela ilegalidade, porque ele não via a PPI feita em cima de uma tabela, que se é ruim, isso não era  
523 problema dele, mas aos pequenos municípios não podia ser feito esse tipo de pressão, pois antigamente pactuavam. Então os  
524 grandes municípios ofertadores de recurso de serviço dizendo que o dinheiro não daria, ele gostaria de dizer apenas que isso é  
525 igual a um salário mínimo, mas que todo mundo quer porque se já fazia dentro do orçamento dos grandes municípios esses  
526 recursos que eles precisavam negociar, mas negociar de uma maneira transparente e em um conjunto todo, não cada  
527 município, cada região fazer o seu tipo de negociação, dependendo da pressão do grande prestador. Então ele não deixava e  
528 como membro da CIB ele iria para o consenso até o 'fim do mundo', mas iria para o consenso, ou eles sentavam e, como  
529 adultos, faziam a negociação ampla, mas não deixarem essa negociação ficar livre, como estava ficando. O município maior  
530 estava achando até melhor agora do que antes, porque antigamente negociavam os quarenta e, chegando à sua porta, diziam  
531 que só tinha dois. Então ele entendia que eles tinham passado uma fase de 07, 10 anos que não aumentava nada, como a  
532 cirurgia de catarata, que há 15 anos a prótese recebia o mesmo recurso que recebe hoje, então uma prótese ocular, de oito ou  
533 nove reais, dependendo da qualidade, estava por duzentos e o valor sendo a mesma coisa. E repetiu que precisavam fazer  
534 uma negociação do conjunto do estado da Bahia e não por região, dependendo do nível da pressão da região, para fazer uma  
535 discussão muito séria sobre isso e que não cabia em reunião, mas em uma discussão menor, para depois tomarem uma  
536 decisão que viesse para a CIB, e reiterou que isso estava acontecendo e nem tinha iniciado direito e os grandes já estavam  
537 tomando partida contra os pequenos municípios. **Fábio Villas Boas falou que** concordava com vários pontos levantados em  
538 reunião, mas entendia que o amadurecimento e fortalecimento do Sistema de Saúde caminham no sentido da regionalização e  
539 o entendimento tinha que ser cada vez mais regional, macrorregional, microrregional, além de poderem ter mais controle do  
540 que estivesse sendo executado. O **Coordenador da CIB** comentou que podiam fortalecer a saúde de cada região, por que não  
541 adiantava trazer o dinheiro do município de Senhor do Bonfim, por exemplo, e colocar em Salvador, em detrimento de estar  
542 fortalecendo o hospital de Senhor do Bonfim. E questionou o futuro que eles tinham que trilhar com a região norte. Pontuando  
543 ter que ter dentro de cada macrorregião um processo de verticalização do sistema de saúde, e que cada estrutura fosse capaz  
544 de resolver, se não 100%, 95% do que se precisa resolver na área de saúde. Assim, deixassem para fazer fora da região  
545 apenas casos excepcionais – atualmente cirurgias oncológicas graves, cirurgias cardíacas e neuro- intervenção – e para as  
546 demais precisavam de estrutura para fortalecer o sistema regional. Comentou sobre repensar o sistema e escolher um hospital,  
547 implantar recurso nesta instituição e transformar os outros hospitais em outras estruturas, para se ficar com uma unidade de  
548 alta resolutividade regional, mas isso passava por todos, a partir do momento em que se decidisse pagar efetivamente pelo que  
549 vinha sendo executado e não fingir que estavam pagando. E ressaltou que se isso fosse dentro da linha de pensamento de  
550 Odilon Rocha – o que classificou como uma linha pragmática – sem dinheiro novo não adiantava querer manter a mesma  
551 pactuação e cobrar o que estivesse pactuado, mas isso acontecia porque grande parte dos gestores não acompanha a PPI e  
552 grande parte dos municípios não tem sequer um *software* de acompanhamento do que vinha sendo feito nos municípios, e os  
553 municípios que prestam serviços não têm um *software* de acompanhamento do que fora pactuado. Então, não sabem o que o  
554 município vizinho tem contratado com ele e executado, para poder dizer coisas do tipo, 'seu município não tem mais direito à  
555 cirurgia de cataratas no meu município porque você já fez as quarenta que estavam pactuadas'. Colocou que ninguém  
556 acompanhava nem controlava a PPI e se não havia controle não haveria interesse em colocar dinheiro, mas se os senhores  
557 gestores buscassem evoluir nos próximos anos para um sistema digital de controle da PPI estadual, acompanhando  
558 rigorosamente o que tivesse sido feito dentro da PPI, poderiam pensar em colocar mais recursos no município, para algumas  
559 ações de seu interesse, porque todos passariam a ter certeza de onde teria sido colocado dinheiro e realmente executado.  
560 **Cássio Garcia** referiu que imaginava que o prazo seria curto à medida que fossem para as regiões e lá encontrando os  
561 problemas e fazendo as correções, sendo o que tinha acontecido, e por isso que estavam ampliando o prazo. Disse que a  
562 própria metodologia já traz a segunda fase da abrangência, o momento em que o processo se complicava, logo, por tudo isso  
563 essa repactuação tinha sido necessária, e claro que o fechamento só ocorreria na CIB, então tinha que ser feita essa avaliação  
564 prévia, por isso que encerrariam dia trinta de maio e teriam o tempo deste estudo já da nova programação. **Stela Souza**

565 reforçou a solicitação de um novo cronograma e passou a palavra para Odilon Rocha e este pontuou que na CIR de  
566 Cruz das Almas, onde o mesmo está como Coordenador Adjunto, os membros estavam levantando uma situação que  
567 não era para discutir aqui na CIB, mas para que pudessem pensar para discussão na próxima reunião, de que as  
568 sedes das macrorregiões não fossem consideradas naqueles três municípios que fazem pactuação. Então, uma  
569 proposta que encaminharia da CIR de Cruz das Almas: que as sedes das macrorregiões ficassem fora daquele grupo dos três,  
570 para dar mais liberdade aos municípios, por ter situações na sua região, de município com importantes limites territoriais que  
571 não teriam condição de mudar, então se tirassem a macrorregião – segundo ele a ‘mãe’ de todos os pequenos municípios –  
572 eles poderiam andar. Ressaltou como sendo uma proposta da CIR de Cruz das Almas e que a área técnica verificasse  
573 se era possível estabelecer um quarto prestador com cadeira privilegiada. Cássio Garcia disse que achava que sim,  
574 que cada região tem a sua singularidade e era o que tinha falado, de que apareceriam necessidades de alteração, eles  
575 estavam cientes e precisavam ver como fazer isso no sistema, atualmente os parâmetros são os mesmos de oito anos  
576 atrás e o sistema sendo outro, então teriam que reunir o grupo e verem a viabilidade disto. Stela Souza falou que  
577 acreditava que seria viável e esse era um dos problemas e alguns municípios realmente tinham ficado engessados e  
578 tinham outros prestadores e outros municípios que atendiam mais que três municípios. Solicitou a Odilon Rocha que  
579 apresentasse essa questão na próxima reunião do GT PPI, para ampliarem. Dando continuidade à reunião, passou para o  
580 ponto de pauta: Desabilitação da UPA do Subúrbio, passando a palavra para **Cássio Garcia** e ele falou que já tinha sido  
581 alinhado esse ponto de pauta com Alcina Romero, que colocaria claramente a situação para todos os presentes. **Alcina**  
582 **Romero** informou que a partir do dia dez de janeiro de 2017, o Secretário da Saúde encaminhara ao Ministério da Saúde a  
583 solicitação da desabilitação da UPA do Subúrbio, já do conhecimento de todos, e até o momento o Ministério da Saúde não  
584 tinha publicado a portaria sobre esse tema, alegando que precisava da publicação da Resolução CIB. E tinham então colocado  
585 na reunião do Grupo Condutor para ser aprovada na reunião da CIB e o GT tinha solicitado em outro ofício a manutenção do  
586 recurso na própria região metropolitana de Salvador, com vistas à habilitação de mais outro componente de UPA que estivesse  
587 sem habilitação. Ressaltou que esse componente é a UPA Camaçari, a única UPA na região metropolitana em funcionamento  
588 e ainda sem recurso de custeio. E como tinha sobrado ainda quinhentos e cinquenta mil reais, tinham solicitado à DICON –  
589 Diretoria de Controle das Ações e Serviços da Saúde para informar qual unidade que, aproximadamente neste valor, seria  
590 outro ponto de atenção que estariam necessitando, em curso de processo de habilitação do Ministério da Saúde, e que tivesse  
591 mais aproximação da rede de urgência. E estavam sinalizados até o momento os vinte leitos de UTI do Hospital HGE 2, que  
592 chegavam próximos deste valor. Informou que enviaria ao Ministério da Saúde o ofício desta complementação, via Grupo  
593 Condutor, solicitando a manutenção deste recurso das duas UPA para a própria região e rede. **Stela Souza** ressaltou que não  
594 estivera presente na reunião do Grupo Condutor para essa discussão, mas tinha sido representada, tinha vários gestores  
595 presentes, e perguntou se isso tinha ficado discutido na reunião do Grupo Condutor, se estava tudo aprovado e com resumo  
596 executivo. **Alcina Romero explicou que não tinha sido aprovada pura e simplesmente a desabilitação, mas o Grupo**  
597 **Condutor verbalizara a necessidade de solicitação ao Ministério da Saúde da manutenção do recurso na própria**  
598 **região, preferencialmente para o mesmo tipo de equipamento, explicando que, como mesmo tipo de equipamento só**  
599 **tem a UPA de Arembepe, de porte I, com um custeio de cem mil reais, e na verdade a desabilitação das duas UPA são**  
600 **de portes III, qualificadas, perfazendo um valor em torno de quinhentos e cinquenta mil reais, ou seja, ficavam ainda**  
601 **com o valor de quatrocentos e cinquenta mil reais. E o equipamento na rede de urgência com valor mais próximo são**  
602 **os leitos de UTI do HGE 2, que servem a toda região e a todo o estado da Bahia no âmbito da urgência. Odilon Rocha**  
603 **considerou justo e não podiam perder esse recurso, com o estado da Bahia já não tendo recurso, e lembrou que essa**  
604 **discussão da UPA de Roma tinha sido extremamente conflitante, e o encaminhamento era o que eles estavam dando**  
605 **agora.** Talvez se tivessem dado este encaminhamento na época já tivessem o dinheiro disponível, mas nada mais do que  
606 justo, já que tinham tirado o dinheiro do equipamento que tem a urgência como porta de entrada, que se colocasse também no  
607 Hospital HGE 2. **Stela Souza abriu para discussão e foi aprovado. Cássio Garcia** deu continuidade à pauta do Grupo  
608 Condutor: Aditivo ao Plano de Oncologia com inclusão das unidades Hospital da Mulher e Hospital de Jequié, passou a palavra  
609 para **Alcina Romero** e ela colocou que o Plano da Atenção ao Câncer do estado da Bahia é vivo, como todo plano, então,  
610 tendo mudanças e esses aditivos sendo previstos. E que, com a inauguração do Hospital da Mulher e do Serviço de Atenção  
611 ao Câncer de Mama e de Colo de Útero e os demais cânceres ginecológicos, tinham solicitado a habilitação do Hospital da  
612 Mulher como Hospital Geral com cirurgia de câncer desse complexo hospitalar, e o Ministério da Saúde estava lhes  
613 solicitando o aditivo de inserção do hospital no plano, que não existia naquela oportunidade, no ano de 2014. E a  
614 mesma coisa para o Hospital Santa Helena, do município de Jequié, que na época do plano só tinham para a região sul  
615 dois UNACON habilitados, a Santa Casa Manuel Novais – Hospital Calixto Midlej e o Hospital São José, de Ilhéus. Então, com  
616 todo o processo da Santa Helena já finalizado, check list realizado, já com a provação na CIB, estava faltando agora a  
617 inserção no plano sendo isso o que estavam solicitando nesse fórum. Assim ficou aprovado os dois pontos. Cássio  
618 Garcia ainda pontuou, quanto à UPA de Roma, que fariam a Resolução CIB já fazendo o encaminhamento do  
619 direcionamento do recurso para os leitos do HGE. Aprovado. Passou para o ponto de pauta 3. GASEC/  
620 SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 3.1 Solicitação de  
621 Comando Único dos municípios da Bahia. Informou que estavam acompanhando na CIR várias solicitações de adesão a  
622 comando único, tinham feito uma apresentação na PPI, em cuja metodologia proposta consta a possibilidade de acesso ao  
623 comando único para todos os municípios e o único parâmetro era o de apresentar uma proposta de regulação para os  
624 municípios referenciarem para outros municípios. Então tinham que esclarecer os critérios para essa proposta, por isso estava  
625 trazendo essa questão do Comando Único para a pauta da CIB e passou a palavra para Ana Paula Andrade, Superintendente  
626 da SUREGS. **Ana Paula Andrade** colocou como uma inverdade ter só o município de referência como responsável para  
627 atender à população própria e a preocupação era quando aderissem ao comando único, pois o recurso federal ia para o teto  
628 municipal, fundo a fundo. Ressaltou que, enquanto o recurso estava no teto do estado, mesmo o município não garantindo a  
629 oferta do serviço, inevitavelmente o estado garantia em outro equipamento de saúde, fosse do próprio estado ou de outro  
630 serviço contratualizado. Lembrou de experiência negativa neste aspecto de município aderir ao comando, ter como referência  
631 apenas a sua população própria e a SESAB não ter se preocupado em qual rede assistencial de serviço que ele ofertaria, tanto

632 à população própria como possivelmente para a população pactuada, e o estado continuava pagando. Então no início do ano,  
633 ao discutirem uma modelagem de adesão ao comando único, em que tinha colocado, enquanto responsável pela  
634 Superintendência, a regulação de acesso – estava falando de regulação de sistema, regulação de ponto de atenção e por fim a  
635 regulação de acesso - e o que queriam (se dirigindo a Stela Souza) e não seria arbitrária de fazer uma proposta individual,  
636 enquanto estado, estavam dispostos a construir essa proposta com o COSEMS, para fazerem um modelo de regulação em  
637 conjunto, sobre o que é regulação de serviço, de sistema, de ponto de atenção, de acesso e precisavam discutir a regulação  
638 com muito mais ênfase e mais responsabilidade e definindo enquanto entes federados. E desde o mês de fevereiro, quando  
639 das boas vindas aos secretários novos, já tinha colocado a necessidade de avaliarem a minuta encaminhada para todos os  
640 gestores municipais, da proposta da política estadual de regulação. Achava que tinham uma boa possibilidade de lançar essa  
641 política para avaliação de fato e que se definisse um GT para discussão da política estadual de regulação. Quando falava de  
642 regulação, não falava de acesso, que é uma consequência da regulação de sistema e regulação do ponto de atenção,  
643 lembrando que o acesso só acontecia se houvesse uma rede assistencial bem consolidada, uma oferta de serviços existentes,  
644 assim conseguiam dar acesso, se não tivesse isso, não adiantaria, eles não fabricariam acesso sem discutir esses dois pontos  
645 de regulação que antecederiam ao acesso. Então vários municípios solicitando aderir o comando único, achava que seis, e um  
646 deles, por exemplo, excedendo em 68% o atendimento de pediatria, mas sem fazer obstetria no território dele, mas o estado  
647 garantia a obstetria em outro serviço, além de não fazer cirurgias. Perguntou, quando o município aderisse ao comando,  
648 quem continuaria pagando essa conta? Enquanto o recurso estivesse no teto do estado, inevitavelmente o estado usaria esse  
649 recurso para pagar a conta, contratando o serviço com recurso maior em outros municípios e a partir do momento em que o  
650 município aderisse ao comando, a responsabilidade passaria a ser do município. Então, o que o estado estava cobrando neste  
651 momento: se fosse aderir ao comando único, qual o sistema do município, enquanto rede assistencial, qual o ponto de  
652 atenção, quais os serviços que seriam contratados e como seria a regulação deste acesso, não só da sua própria população,  
653 se tivesse pactuado tudo bem, e se não tivesse pactuado serviço para a população dele, teriam que nascer cirurgias, teriam  
654 que acontecer, e essa era a sua preocupação. Fez uma reflexão de que, até então, uma das exigências era ter equipe  
655 capacitada que operacionalizasse o sistema, isso hoje na avaliação que faziam, sendo o mínimo e não seria consequência do  
656 processo de trabalho, mas que precisavam de fato se preocupar com a assistência ao usuário, porque isso ficaria na conta do  
657 gestor. O estado cobraria ao gestor que ficasse com esta conta a responsabilidade do ente federado. Não podiam permitir o  
658 que tinham permitido em Muritiba, há mais de três anos, o município com comando único, com recurso de internação hospitalar  
659 no seu município e com o hospital fechado, e o estado pagando a conta em outros municípios e outros serviços e isso de fato  
660 não podiam mais permitir. Solicitou avaliação e que esse modelo fosse de fato definido, não só pelo estado, e que estavam  
661 abertos à discussão para traçarem uma proposta conivente e que de fato se definisse muito claramente a responsabilidade de  
662 cada ente federado neste processo de regulação. **Luiz Pinho Rezende**, membro da CIB e representante do COSEMS, colocou  
663 que entendia a preocupação de Ana Paula Andrade, só que, quando os municípios tinham decidido solicitar o Comando Único  
664 na CIB, tinha sido discutido em CIR, por ser um dos caminhos para solicitarem o Comando Único, e achava que não deveriam  
665 ter fomentado isso com a PPI, conforme tinha acontecido nas regiões, e lembrou do discurso de Stela Souza no dia do  
666 treinamento do sistema da PPI, quanto à necessidade dos municípios assumirem a responsabilidades e assumirem o comando  
667 único. E pontuou que nas CIR de cada região isso tinha sido fomentado e os municípios tinham feito suas apresentações nas  
668 CIR, solicitando o comando e colocou que agora mudavam o discurso, para se criar um novo grupo e discutir isso novamente?!  
669 Relatou que ficavam sem entender o que deviam fazer, porque inicialmente era para os municípios aderirem ao comando único  
670 e principalmente neste momento da PPI, porque quando Ana Paula Andrade falava de responsabilidade ele concordava, mas  
671 tinham também de dar a responsabilidade para os municípios e cobrarem deles. Por exemplo, o caso de Muritiba, se o  
672 município tinha recebido o recurso e o hospital estava fechado, então o próprio estado e o Ministério da Saúde tinham que  
673 tomar um posicionamento contra o município. **Odilon Rocha** deu seu posicionamento quanto ao Comando Único de que o  
674 estado deveria publicar um decreto dando o comando único para todos os municípios, entretanto precisava que todos  
675 entendessem que o Comando Único tem responsabilidades, na realidade uma ferramenta de avaliação destes comandos  
676 únicos, que seriam as próprias auditorias que tinham ficado muito fragilizadas. E comentou que, se é comando único, que fosse  
677 com tudo, não pela metade, se um município tivesse um custo 'x' para o estado, o município que quisesse comando único e  
678 tendo hospital conveniado com o estado, que fosse então só com o que ele tem e esse gestor tinha que ser internado no  
679 CAPS, porque na realidade não conseguiria se sustentar. Deu como exemplo o município de Santo Amaro, que pedira  
680 comando único e tinha um contrato relativamente folgado com o estado, com quatro unidades consumidoras de recursos e eles  
681 tinham alertado ao gestor que não solicitasse o comando porque sairia perdendo. E o município de Santo Amaro tinha uma  
682 receita de um milhão de reais que o estado colocava no município e, após assumir o comando único, tinha ficado com  
683 seiscentos mil reais de recurso. Então, fechara todos os hospitais. Pontuou que o município que tem contrato com o estado,  
684 que sempre fora generoso com os municípios, a não ser quando era hospital de pequeno porte – e para esse ninguém era  
685 generoso – mas os outros hospitais, santas casas e outros tinham esse sentimento. Chamou atenção que o comando único é  
686 um atestado de maioria do município, e não só Muritiba, o município de Cruz das Almas tinha fechado o hospital pediátrico,  
687 tendo ficado com o recurso das AIH de todos durante dez anos, passando o calote em todos e continuava com os recursos da  
688 plena no município e o estado é que estava atendendo. Falou sobre uma avaliação feita de Cruz das Almas, em que 80% dos  
689 internamentos do município tinham sido feitos em Santo Antônio de Jesus, então, na realidade precisavam estabelecer  
690 comando único com responsabilidade e com a fiscalização efetiva do estado. E quando o estado habilitasse o município no  
691 comando único, desse também todos os recursos que gastava com aquele município. O **Coordenador da CIB** acrescentou à  
692 fala de Odilon Rocha que esse conceito de comando único com responsabilidade incluía também uma avaliação responsável,  
693 com a capacidade do município de gerenciar a rede e, a partir do momento que recebesse os recursos, teria que fazer os  
694 pagamentos, os acompanhamentos e os relatórios de produção. Ressaltou que se os municípios não tivessem essa estrutura  
695 paralela para gerenciar isso não adiantava receber a responsabilidade ou o poder, acabariam desestruturando o seu sistema  
696 de saúde municipal. **Cássio Garcia** fez o encaminhamento, deixando claro que tinha sido realizada a apresentação da PPI na  
697 CIR de Juazeiro e constava na proposta metodológica e no site a solicitação de comando único, com a proposta de regulação  
698 para os municípios que não tivessem referência de outros municípios. E pontuou que a SESAB não quer colocar barreiras para

699 o comando único, salientando, para deixar bem claro e não haver dúvidas mais tarde, os cinco municípios que tinham solicitado  
700 o comando único por CIR, e que a SESAB pediria estudo e cobertura de atenção básica, como já existia anteriormente e não  
701 estavam exigindo ainda a qualificação dos técnicos, que era outra questão que não podiam deixar de abordar. **Informou os**  
702 **cinco municípios que tinham solicitado o comando único: Nordestina, Xique-Xique, Boquira, Canavieiras e Sento Sé,**  
703 **destes municípios, quatro sem terem referência de outros municípios, como estava na proposta. Então que se a**  
704 **aprovasse o comando único para os municípios de Nordestina, Xique-Xique, Boquira, Canavieiras e Sento Sé,**  
705 **ressaltando que Xique-Xique tem referência. Então, teriam que buscar um modelo de proposta de regulação que seria**  
706 **feito em conjunto e apresentariam na próxima reunião da CIB.** Deixava clara a questão da publicação, em relação à  
707 competência, por exemplo, se habilitassem o comando único para os quatro municípios nesta competência, tinha certeza que  
708 nenhum destes tem equipe para fazer o processamento de faturamento e pagamento, sendo um dos critérios que tinham que  
709 estar atentos, como já acontecera de fazerem isso e, chegando lá, o município tinha recebido o MAC no próprio fundo e não  
710 tinha conseguido faturar, nem pagar, nem processar, e assim seria um caos no município naquele mês. **Colocou que teriam**  
711 **que fazer esse treinamento dos técnicos e, então, publicariam a resolução. Abriu para discussão. Aprovado. Stela**  
712 **Souza concordou com a proposta de Cássio Garcia, pois o próprio município já estava fazendo contato com as áreas**  
713 **técnicas para se organizarem, porque podia ser que um destes municípios estivesse pronto então, era melhor que**  
714 **fizessem contato com o município e salientou que agora tinha sido o teto do mês de maio e o do mês de junho só**  
715 **sairia no dia vinte e cinco.** Stela dando seguimento ressaltou que **Gerardo Azevedo Junior, Secretário de Saúde de**  
716 **Livramento de Nossa Senhora, tinha falado da habilitação da UPA do seu município,** que tinha encaminhado para a área  
717 técnica da SESAB e para a CIB e, por algum motivo não chegara à pauta, mas estava tudo certo com a equipe da DAE.  
718 Questionou à área técnica da SESAB quanto ao parecer e se havia algum condicionante quanto à aprovação da UPA de  
719 Livramento de Nossa Senhora, já em funcionamento desde dezembro de 2016, sabia que o custeio demora demais para sair,  
720 assim, se o município não solicitasse agora seria mais tempo que estaria perdendo. E passou a palavra para o Secretário  
721 Saúde de Livramento de Nossa Senhora. **Gerardo Azevedo Junior** cumprimentou a todos os presentes e explicou que a UPA  
722 é porte I, vinha funcionando desde vinte e seis de dezembro de 2016, e tinham inaugurado através do SAIPS e tinham feito o  
723 pedido de custeio conforme a Portaria nº 10/2017. E agora, no dia vinte e seis de abril, tinham solicitado a resolução CIB do  
724 termo de compromisso de funcionamento da UPA, encaminhado à Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, e tinha informado  
725 a Alcina Romero e Regina Miranda, Assessora Técnica da DAE que agora o Ministério da Saúde vinha requerendo essa  
726 resolução CIB, do termo de compromisso, e inclusive informando a opção de custeio, no caso em Livramento de Nossa  
727 Senhora são dois médicos por dia e opção de custeio três, e já tendo sido encaminhada toda a produção da UPA dos meses  
728 de janeiro, fevereiro e março no SIA-SUS, comprovando todo o funcionamento da mesma. **Então, tinha solicitado a**  
729 **resolução CIB para poderem receber o custeio. Alcina Romero esclareceu que nesse processo tinha havido mudança**  
730 **na habilitação de custeio a partir de janeiro de dois mil e dezessete, e chamou atenção dos Coordenadores de Núcleo**  
731 **presentes em outros municípios com UPA, já em fase final para início de funcionamento, que agora é necessário, não**  
732 **só pedir visita técnica ao Ministério, mas entrar no SAIPS e pedir, fazer o termo de compromisso e informar o número**  
733 **de médicos para funcionar a UPA. E que, com a portaria de janeiro, ficava previsto que o gestor pode alterar o número**  
734 **de médicos, então, por isso agora precisavam da resolução CIB validada, para ser anexa ao site.** E reiterou que o  
735 processo de habilitação de custeio de UPA tinha mudado a partir de janeiro. **Cássio Garcia abriu para discussão. Aprovado.**  
736 **Stela Souza** informou que Denise Mascarenhas é a Coordenadora da Alimentação no 5º Congresso do COSEMS e o local  
737 onde o ticket para refeição estava sendo distribuído. **Cássio Garcia** informou que as principais diretorias presentes da SESAB  
738 estariam no **stand** da SESAB neste Congresso, na manhã do dia 04 de maio, para fazerem o atendimento aos municípios.  
739 **Stela Souza,** desejando um bom Congresso a todos, agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão,  
740 informando a próxima reunião para o dia 14 de junho de 2017. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do  
741 registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo (Silvana Rodrigues,  
742 Michele Martins, Sara Carvalho e Eliana Alves), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a  
743 presente Ata, que será assinada pelos senhores membros, após lida e aprovada. Salvador, 03 de maio de 2017.  
744 Fábio Vilas Boas Pinto \_\_\_\_\_  
745 Suplente: Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
746 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
747 Suplente: Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_  
748 Cássio André Garcia: \_\_\_\_\_  
749 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_  
750 Ana Paula Dias de S. Andrade \_\_\_\_\_  
751 José Antônio Rodrigues Alves \_\_\_\_\_  
752 Suplente: Maria Rosânia de Souza Rabelo \_\_\_\_\_  
753 Suplente: Charles Pereira de Souza \_\_\_\_\_  
754 Odilon Cunha Rocha \_\_\_\_\_  
755 Luciano Ferreira da Mota \_\_\_\_\_  
756 Suplente: Luiz Pinho Rezende \_\_\_\_\_  
757