

Aos dezenove dias do mês de abril do ano dois mil e dezoito, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Ana Paula Dias de Santana Andrade, Rívia Mary de Barros, Maria Lucimar Alves de Lira Rocha, Luciano Ferreira da Mota, Odilon Cunha Rochae dos suplentes: Hassan Iossef, Alexandro dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Maria Rosania de Souza Rabelo, Charles Pereira de Souza, Luiz Pinho Resende e João Rodrigues de Góis Junior. Às 14 horas e 30 minutos, havendo número legal, o Coordenador declarou aberta a sessão, congratulando a UPB por ter consertado o ar condicionado e convidando para tomar assento à mesa, Rogério Queiróz, Promotor do Ministério Público. Em seguida colocou em aprovação a Ata da 257ª Reunião Ordinária, encaminhada por e-mail aos membros da CIB, que foi **aprovada à unanimidade** e passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB - Nanci Salles efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1.1** AUDITORIA SUS/BA informa que, após auditoria realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Dias D'Ávila, disponibilizará link do relatório, despacho e publicação no DOE de 12/01/2018, constante no processo nº 0300160349631, referente à auditoria nº 3859, para conhecimento. **1.2** Ofício Circular CIT/DAI/SE/MS nº 1/2018. Resolução CIT nº 37, de 22/03/2018 – Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde, recebido pela Secretaria Executiva da CIB, repassado para o COSEMS. E informou que Cássio Garcia falaria sobre isto posteriormente, ao tratar da pauta do Grupo Condutor Estadual. **1.3** SAFTEC/DASF informa sobre situação dos repasses de contrapartida federal da Assistência Farmacêutica Básica para municípios do Estado da Bahia. Em relação a este ponto, a Coordenadora de Monitoramento e Avaliação da DASF, **Milena Santos**, lembrou o pleito na última CIB, quando do informe sobre a retificação da Portaria de Consolidação nº 6, da mudança de incremento na estimativa do IBGE para cálculos de contrapartida do componente básico da Assistência Farmacêutica, como treze municípios do estado da Bahia tinham sido afetados pela redução populacional de 2016 e que a de 2019 prevista na Portaria não contemplava, na verdade ainda haveria uma redução. Então foi incluso o IBGE de 2011 para estes municípios que tiveram redução populacional em 2016. Dessa forma, ficou estabelecido como estimativa populacional IBGE 2009, 2011 e 2016, sendo considerado sempre a estimativa populacional maior. Além disso, nessa mesma reunião da CIB foi informado que o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, fez alguns repasses inferiores ao valor devido após a alteração da Portaria e, por meio de uma notificação da SAFTEC ao FNS, foi esclarecido que estes repasses tinham sido regularizados no mês de março, ao fazerem o repasse da primeira parcela correspondente ao exercício de 2018, que seria a primeira competência o mês de janeiro. Foi feito o repasse de janeiro e incluíram todas as diferenças referentes aos meses de agosto a dezembro e essas diferenças atingiram noventa e seis municípios, incluindo os treze que tinham tido redução populacional. Então o repasse da parcela da primeira competência foi feito em março, acrescido de todas as diferenças existentes. E o repasse do mês de fevereiro já tinha sido feito de forma regular e devida, assim, o Ministério da Saúde, não tem mais nenhuma pendência com o estado a respeito do componente básico da Assistência Farmacêutica. **Stela Souza** agradeceu à DASF por ter ficado atenta à perda de recurso para treze municípios e fazendo um documento para o Ministério da Saúde, que reconheceu a necessidade de retornar esse recurso, e ressaltou que qualquer valor perdido pelos municípios, principalmente referente à assistência farmacêutica, mesmo sendo um valor ínfimo, não dava para cobrir, além de que a maioria dos municípios termina dispensando medicamentos, não só para o seu usuário como de outros. **Milena Santos** informou que os treze municípios que tinham tido a redução populacional, o SIGAF ainda está considerando a população da Portaria de antes da retificação, então caso ocorresse alguma pendência financeira, municipal ou estadual, a respeito das contrapartidas com o IBGE anterior, quando ocorresse a atualização do SIGAF esses valores seriam computados e então caberia ao estado e ao município regularizar o repasse municipal, a execução da contrapartida federal e a execução da contrapartida estadual. Em relação à contrapartida estadual já tinham alterado o cálculo da contrapartida de 2017, considerando essa retificação da Portaria. Então os municípios precisavam acompanhar esse processo de mudança dentro do SIGAF e qualquer saldo residual referente a 2017, por causa desse referencial do IBGE, ficaria 'a executar' no exercício de 2018. Ponderou que a expectativa é de que essa atualização do SIGAF ocorresse nos próximos dias, a área técnica já tendo demandado para a área de TI fazer as inserções dos dados e monitorariam isso e analisariam as pendências financeiras que porventura existissem. **Stela Souza** demonstrou preocupação também com o repasse federal, se o governo atualizou o repasse direto para o município e para o estado - sobre isso considerava um avanço - mesmo sendo pouco recurso, mas os municípios não podiam perder nada, e informou sobre uma reunião do GT de Assistência Farmacêutica ocorrida na semana passada, tendo avançado em algumas discussões, e o COSEMS tinha uma proposta para trazer, já recebera toda a execução de 2017 e seria encaminhado para cada município o residual que tinha ficado, de 2015/2016, quarenta e quatro municípios não solicitaram nada do que está devendo, já tendo dois trimestres de pagamento. Então esses gestores também seriam alertados para acompanharem de perto o desempenho da assistência farmacêutica. Lembrou que na reunião do COSEMS tinha sido cobrada a falta da tira de glicemia e insulina regular, e pediu para Milena ou Daniela informar depois como estava essa situação. Em seguida **Nanci Salles** prosseguiu a leitura dos Informes: 1.4 Situação da contratação de cirurgiões pediátricos no Estado da Bahia. 1.5 Situação da PPI. **Cássio Garcia** colocou que a contratação dos cirurgiões pediátricos tinha surgido na reunião do Grupo Condutor, através de um questionamento de Odilon Rocha, tendo ficado o compromisso de trazer hoje nesta CIB, aproveitando a participação maciça dos secretários para fazer uma atualização desse processo que já tinha saído na imprensa desde o final de semana. O **Coordenador da CIB** informou que esse assunto vem sendo tratado há vários meses com a empresa que congrega a quase totalidade de cirurgiões pediátricos da Bahia, que se chama Núcleo de Cirurgiões Pediátricos da Bahia, e relatou que tinha um contrato, assim como vários outros contratos com outras empresas, e tinha sido denunciado pelo Tribunal de Contas ao Ministério Público, por possuir profissionais servidores do estado na sua constituição. Acrescentou que esta empresa deveria ou rescindir o contrato, ou retirar da sua constituição os cirurgiões pediátricos, ou excluir os profissionais servidores da prestação de serviços para o estado. Disse que ao longo de mais de seis meses a empresa tinha sido paga sob a forma de indenização e, de forma alinhada, tinha sido feita uma licitação, e na semana retrasada esta empresa tinha sido declarada como vencedora, e na verdade tinham aberto outra empresa para poder disputar a licitação do estado sem os servidores cirurgiões pediátricos.

68 Falou que o processo de negociação tinha sido construído em comum acordo, sendo ouvidos para o termo de referência e feito  
69 o desenho. Entretanto, na hora de assinar o contrato, tinham percebido que o mesmopreconiza que os plantões deviam ser  
70 presenciais, estavam sendo contratados três cirurgiões por dia, por turno, para o HGE, e três para o Roberto Santos, e eles  
71 deveriam prestar esse serviço de forma física e não remota, por mecanismo de sobreaviso. Comentou ainda que, tendo havido  
72 a sinalização de que diante dessa exigência não iriam assinar o contrato, essa regra ainda assim tinha sido flexibilizada, até  
73 que encontrassem uma nova alternativa, mas tinha surgido uma nova exigência deles, a de receberem o valor do contrato  
74 cheio, de quatro milhões e cem mil reais pelo período contratado de cento e oitenta dias do emergencial, quando na verdade o  
75 contrato dizia que esse valor seria pago referente ao número preconizado de plantões durante esse período de seis meses. Ele  
76 informou que no HGE tem servidores cirurgiões pediatras que trabalham lá e em alguns dias da semana a empresa contratada  
77 não precisaria alocar mão de obra, uma vez que há servidores cirurgiões pediatras de dia e de noite, portanto esse valor  
78 deveria ser abatido do valor mensal pago para a empresa. Comentou que uma coisa era pagar 4,1 milhões de reais para ter  
79 um número 'x' de plantões, considerando que não houvesse mão de obra do estado, outra coisa era pagar apenas o que seria  
80 preciso, o que não tinha, já que tem mão de obra estadual, servidor estatutário e só iria contratar o excedente, e aí mais uma  
81 vez eles tinham sinalizado que não aceitavam, porque o valor de 4,1 milhões é para o serviço inteiro que iriam prover e os  
82 servidores não estariam contemplados. Então deveriam ser realocados para outro local, para que eles pudessem trabalhar  
83 dentro de um contrato fechado de mão de obra e tinham chegado a um impasse, pois, ao vencerem, tinham excluído outras  
84 empresas de participar. Então tinham feito a denúncia aos órgãos de controle para que a empresa fosse responsabilizada pela  
85 desassistência, inclusive para o CREMEB e tinham iniciado negociações, tanto com empresas de fora da Bahia como de  
86 empresas da Bahia, para poderem garantir a assistência às crianças. Disse que as negociações avançaram bastante, hoje já  
87 tendo uma alternativa caseira para poderem prover esses serviços e deveriam garantir nesse novo modelo a mesma  
88 quantidade e qualidade do serviço que vinha sendo prestado por um valor menor do que vinha sendo pago para a empresa  
89 anterior. Considerou que este problema está encaminhado de forma adequada e deveriam ter as formalizações processuais ao  
90 longo dessa semana e da próxima. Em relação ao Hospital Alayde Costa, que fica no Bairro de Escada, relatou tratar-se de  
91 uma instituição privada pertencente ao grupo da Universidade Dom Pedro, em cima o Hospital Alayde Costa e em baixo a UPA  
92 de Escada, a única UPA privada do Brasil, e o modelo de contratação existente também tinha sido denunciado, o Estado  
93 rompeu então o contrato, o imóvel e o andar onde funcionava a UPA tinha sido completamente reformado e no próximo mês  
94 deveria ser reaberto como um centro de hemodiálise, capaz de absorver duzentos e quarenta pacientes e com isso  
95 iriam desospitalizar duzentos e seis renais crônicos que hoje moram nos hospitais do estado. O prédio do hospital, que vinha  
96 sendo gerido pela PROSAÚDE, uma organização social de São Paulo, vinha deteriorando a estrutura física progressivamente  
97 e ele tinha feito uma visita à unidade e de fato havia comprometimentos evidentes de estrutura hidráulica com infiltrações, o  
98 piso completamente destruído, a qualidade de atendimento aos pacientes, os móveis velhos, a empresa tinha sido sinalizada e  
99 tendo sido dado um prazo para corrigir as deficiências. Findo o prazo, tinham solicitado a eles um plano operacional que  
100 garantisse a reabertura do hospital, a manutenção dos vinte leitos de UTI e sessenta leitos de internação, em função de terem  
101 ficado sem produzir, não receberiam nos próximos meses. O plano de reabertura da instituição que eles tinham lhes  
102 apresentado foi considerado inadequado, não tinha garantia de que eles teriam sustentabilidade econômica e garantida  
103 qualidade da atenção necessária. Então o estado rompeu o contrato com a PROSAÚDE há pouco mais de duas semanas e os  
104 donos do hospital estão providenciando uma nova empresa gestora, a previsão sendo que, de quinze a vinte e um dias, após o  
105 dia 04 de maio, eles já poderiam contratar outra empresa e depois desse período que se pudesse reabrir o hospital de vez,  
106 incluindo a inauguração do centro de hemodiálise. Falou também que já estão em contato com os médicos e funcionários que  
107 trabalhavam lá, para que pudessem ser recontratados pela nova empresa gestora e voltariam a abrir essa unidade com um  
108 perfil mais voltado ao segundo tempo de cirurgia e não o perfil anterior, que era caracterizado por pacientes crônicos com  
109 nenhuma ou pouca perspectiva de recuperação. **Cássio Garcia** informou, em relação à situação da PPI, que tinham sido  
110 finalizadas as oficinas regionais que aconteceram do final de fevereiro até o início deste mês e, a partir de agora, a equipe  
111 técnica se debruçará sobre isso. Ponderou que a grande maioria participou das oficinas e em diversas ocasiões ou em quase  
112 todas ocorreram várias solicitações de ajustes e para isso se fazia necessário realizar uma avaliação criteriosa desses ajustes,  
113 deixando bem claro que em todo momento tinha sido colocado que haveria a possibilidade ou não de atender e, para dizer isso  
114 com certeza, a equipe técnica vinha fazendo todo um levantamento da situação e deveria trazer na próxima CIB para definir a  
115 data da reunião extraordinária específica da PPI, a fim de fazer o seu fechamento. **Stela Souza** acrescentou que houve  
116 demandas de alteração em todas em todas as CIR, em cima do que tinha sido colocado pelo gestor anterior, pois alguns  
117 municípios mudaram de gestor, que têm outra visão de serviços que na época não estavam funcionando, tendo referenciado  
118 para outros e agora estando em funcionamento. E depois das oficinas vários municípios já entraram em contato com a equipe,  
119 solicitando alteração porque no dia não tinham visto ou não tinham avaliado, tendo vários movimentos, todas as atas de CIR  
120 estavam sendo avaliadas individualmente, bem como cada serviço e cada necessidade. Então tinha ficado programado que  
121 teriam o mês de abril todo e talvez precisassem da primeira quinzena de maio, porque a demanda tinha sido muito maior do  
122 que o programado, se não houvesse alteração seria rápido para fazer esse trabalho. Depois disso, quando a equipe tivesse  
123 com o material pronto, haveria a reunião do GT PPI, que tem como membros todos os coordenadores adjuntos das CIR, que  
124 são representantes do COSEMS, toda a Diretoria do COSEMS e a equipe da SESAB, que discutiriam o que seria apresentado.  
125 Lembrou que o GT não delibera, podendo opinar, apresentar algumas sugestões, fazer alguns encaminhamentos, mas só a  
126 CIB delibera. Então seria marcada a CIB para apresentarem o que o GT tivesse avaliado do resultado apresentado pela equipe  
127 técnica. Ponderou que, diante do movimento feito, provavelmente antes de junho não desse tempo de fazer essa CIB, porque  
128 não dava para esquecer nenhum secretário que tivesse colocado em ata sua solicitação, tudo tendo que ser analisado, por  
129 questões técnicas mesmo, todos os problemas seriam apresentados no GT PPI e em seguida na CIB. Na oportunidade  
130 solicitava à mesa para colocar um informe importante, pautado na reunião do COSEMS, aproveitando a presença de Rogério  
131 Queiróz, que vem acompanhando esse processo do glaucoma, apenas a título de informe mesmo: no primeiro momento depois  
132 de toda a discussão do corte feito pelo Ministério da Saúde, ao transferir de FAEC para MAC, a Bahia ficou com 37% dos 100%  
133 de produção, já tendo sido trazido aqui em CIB, dos 37% - que correspondem a vinte e dois milhões - quanto cabia para cada  
134 município, para quantos pacientes e isso estava causando uma desassistência enorme e os municípios cobrando. Na reunião

do COSEMS tinha sido um levante, regiões de saúde completas tinham vindo trazer essa questão e ressaltou que num primeiro momento o COSEMS ajudou no processo, junto com a SESAB, fazendo um levantamento do período do corte, de quantos pacientes estavam ainda em tratamento de junho de 2016 a maio de 2017, essa lista encaminhados municípios tinha sido encaminhada para o Ministério Público, para o Ministério da Saúde, ao CONASEMS, pois o Ministro Ricardo Barros tinha respondido à Presidente do COSEMS-Bahia que pagaria se ficasse provada a existência desses pacientes, e tinha ficado claro que o número atestado pelos gestores municipais é muito maior, o gestor só não tendo como afirmar se tem ou não glaucoma, isso cabia ao oftalmologista e não tinha sido feita auditoria individual em cada município, mas podiam atestar que o paciente está em tratamento. Até o momento o Ministério da Saúde ainda não respondeu nada, mas já se sabia que a partir de junho de 2017, ou seja, os pacientes novos que entraram, estão 100% descobertos, então tinha ficado acertado no Ministério Público que seria feito um levantamento dos pacientes que tivessem entrado ali até fevereiro de 2018. Foi dada uma semana de prazo aos municípios, e cinquenta e cinco ainda não tinham encaminhado, tendo sido solicitado ao Ministério Público que adiasse a entrega por pelo menos mais uma semana, e seria entregue no prazo com quem tivesse respondido, pois infelizmente não dava para prejudicar a população dos municípios gestores que estão encaminhando. Passou a palavra para a assessora técnica do COSEMS - Thais Ferreira para mostrar a situação em que se encontravam os pacientes de junho de 2017, em termos de quantidade, e também a relação a ser encaminhada, inclusive cada macrorregião de saúde saberia quem tinha encaminhado ou não, para que um colega ajudasse o outro a providenciar 100% de informação da Bahia. Thais Ferreira informou ter apresentado o consolidado desse segundo momento na reunião do COSEMS, solicitada pelo Ministério Público Estadual, e iniciou a apresentação com uma Nota Informativa, disponibilizada aos gestores e enviada em 20 de março, junto com uma planilha modelo, para ter uma devolutiva até 10 de abril. Essa Nota dá uma orientação sobre o período de corte, de junho de 2017 a fevereiro de 2018 e o período final de envio dos gestores sendo até o dia 10, com o COSEMS abrindo um precedente e tendo recebido ao longo da semana, mas mesmo assim nem todos enviaram. Foi informado pelos gestores: na Região Centro-Norte - três mil novecentos e setenta e oito pacientes confirmados que estão em tratamento, duzentos e trinta e nove que não estão em tratamento, cento e quarenta e seis que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de três municípios na região; na Região Extremo Sul - mil novecentos e trinta e oito pacientes confirmados que estão em tratamento, duzentos e vinte e dois que não estão em tratamento, vinte e oito que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de quatorze municípios na região; na Região Centro Leste - oito mil quatrocentos e oitenta e seis pacientes confirmados que estão em tratamento, cento e setenta e cinco que não estão em tratamento, duzentos e quarenta e dois que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de vinte e nove municípios na região; na Região Leste - seis mil novecentos e sessenta e dois pacientes confirmados que estão em tratamento, mil quinhentos e vinte e oito que não estão em tratamento, quarenta que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de dezenove municípios na região; na Região Nordeste - cinco mil e oitenta e quatro pacientes confirmados que estão em tratamento, cento e sete que não estão em tratamento, trezentos e sete que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de sete municípios na região; na Região Norte - dois mil duzentos e quarenta e nove pacientes confirmados que estão em tratamento, cento e sessenta e dois que não estão em tratamento, cinquenta e três que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de quatro municípios na região; na Região Oeste - trezentos e oitenta e sete pacientes confirmados que estão em tratamento, duzentos e sessenta e seis que não estão em tratamento, vinte que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de três municípios na região; na Região Sudoeste - três mil quinhentos e oitenta pacientes confirmados que estão em tratamento, quatrocentos e vinte e sete que não estão em tratamento, vinte e sete que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de onze municípios na região; na Região Sul - dois mil oitocentos e noventa e um pacientes confirmados que estão em tratamento, setecentos e oitenta e oito que não estão em tratamento, duzentos e um que não foram encontrados e não foram entregues as planilhas de vinte e quatro municípios na região. Apresentou o Resumo Glaucoma: 1º levantamento ao MPE (reunião 07.03); Corte - 06/16 a 05/17: pacientes em tratamento confirmados - 135.862 pacientes; pacientes que não estão em tratamento - 7.759; pacientes não encontrados - 14.768; municípios silenciosos - 56. 2º levantamento ao MPE (pacientes novos). Corte - 06.17 a 02.18: pacientes em tratamento confirmados - 35.555 pacientes; pacientes que não estão em tratamento - 3.914; pacientes não encontrados - 1.064; municípios silenciosos - 113. Observação: Informado por 51 municípios, via ofício, que não há novos pacientes. **Stela Souza** agradeceu e ressaltou o trabalho que tem sido feito já que o COSEMS assumiu uma responsabilidade e estava cumprindo. **Registrou que até o dia 24 de abril aguardariam os municípios encaminharem e dia 25 já seria encaminhado o resultado final dessa avaliação para o Ministério Público e o Ministério da Saúde, mesmo que estivesse faltando algum município, inclusive seria entregue um CD com os dados de todos os pacientes encontrados.** Observou que há pacientes sem tratamento, isso estava claro pelo valor que tinha sido repassado e era preciso dar uma resposta à população. Disse que o COSEMS providenciou também um informe para a população e órgãos de imprensa, porque os municípios estão sendo atropelados por todos os lados e estava sendo finalizado esse informe para seu encaminhamento em breve. **Rogério Queiroz** cumprimentou a todos e informou que os colegas do Ministério Público também estão entrando em contato com os centros de apoio, informando que vários usuários estão procurando as promotorias e informando que não estão mais recebendo o colírio do tratamento devido. Relatou que vinha tentando convencê-los a não invocar a solidariedade, nem acionar município e estado para resolver um problema que é da União, primeiro porque a União já vem se eximindo da responsabilidade de custear a saúde desde a emissão da Emenda Constitucional 95, quando instituiu o teto de gastos dizendo que não atingiria educação e saúde e o que visto tinha sido o contrário, o orçamento executado de 2016 para 2017 com uma queda de 3.1 para saúde e educação e na prática, se via que estado e municípios estão custeando esses vazios deixados pela União e mais uma vez estava se tentando fazer uma economia sobre o gasto federal, para que estados e municípios arcassem com algo da responsabilidade da União. Por isso ele estava organizando uma nota técnica, orientando os colegas de que não são obrigados a seguir essa nota técnica, pois têm independência funcional, lembrando que o Supremo Tribunal Federal diz que a solidariedade entre os entes até agora é válida, existe um processo pendente de julgamento ainda no Supremo, onde está se tentando fixar a responsabilidade de cada ente, mas até o momento o entendimento do Supremo Tribunal Federal é de que há solidariedade entre os entes. Assim, essa nota técnica devia ser lançada amanhã ou depois, orientando para que o Ministério Público federal fosse provocado por conta dessa omissão e desse problema causado exclusivamente pelo ente federal. Realmente há notícia de fraude, tinha saído na Polícia Federal citando um ou dois municípios

202 da Bahia onde vários pacientes ou não tinham glaucoma ou havia prescrição do colírio de terceira linha, o colírio mais caro.  
203 Disse que isso é um problema policial a ser investigado caso a caso através de perícia, o que não podia era fazer um corte  
204 linear e dizer que todos os usuários estão fraudando e municípios e estado se virarem para acharem uma solução para isso.  
205 **Rogério Queiroz** relatou que em conversa com Ana Paula Andrade eles tinham questionado se persistia a sistemática da  
206 APAC, porque novos pacientes estão entrando pela sistemática da APAC ou se exclusivamente o teto fixado que está valendo,  
207 ainda havia a dúvida, portanto precisava ser esclarecido. Outra questão levantada, sobre os trinta e cinco mil reais adicionais,  
208 além do fato de que, se fosse retirado da sistemática de APAC e jogasse no teto MAC, - lembrando-se do novo protocolo  
209 pendente de aprovação já com recomendação aprovado pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias  
210 no SUS). Pontuou que a União tentará corrigir a situação deixando os medicamentos e pediu ajuda à equipe da Assistência  
211 Farmacêutica com os medicamentos do grupo 1A, pois talvez fosse uma solução, em que município e Estado não custeariam e  
212 receberiam os colírios, diminuindo o impacto financeiro, além de pagar apenas a consulta com acompanhamento, como na  
213 especializada, sendo uma forma de compensar. Sugeriu uma composição junto com o Ministério Público Federal e o Ministério  
214 da Saúde, para determinar o recadastramento com avaliação pelo protocolo vigente de 2014, onde o mesmo estipula que a  
215 campimetria visual é o exame padrão ouro, ou seja, o resultado do mesmo, junto com os outros exames, teria que ser aceito  
216 pelo Ministério da Saúde, como constano protocolo editado por eles. E, caso necessário, que fosse negociado um aporte  
217 adicional, fixando um prazo para o recadastramento dos pacientes com a campimetria visual. Repetiu que a sua nota técnica  
218 seria naquela linha, mas ainda estava querendo tirar algumas dúvidas antes de fechar e encaminhar para o MPF. Segundo ele  
219 o problema fora criado exclusivamente para a União, por isso ele dissera ser contra invocar a solidariedade, embora eles  
220 soubessem que ainda é possível, segundo o Supremo Tribunal Federal. **Stela Souza** agradeceu a sensibilidade do cuidado do  
221 Ministério Público com o cidadão e ressaltou a importância da parceria para os municípios, porque eles estão levando tudo  
222 claras, além do fato de já terem conseguido entregar a primeira remessa, portanto no dia 25 precisavam cumprir e entregar a  
223 segundaremissa. **Rogério Queiroz** esclareceu que a importância do levantamento tinha sido o fato de ter sido apontado que a  
224 Bahia estaria fora da curva, levando-se em consideração a prevalência da doença na população. Segundo ele, se tivesse  
225 realmente cento e setenta mil pessoas isto significaria que a Bahia não está fora da curva, pois se estima que 1 a 2% da  
226 população apresentam glaucoma, sendo que a parte afro descendente - predominante na Bahia - poderia chegar de três a  
227 quatro vezes mais daquele percentual. Portanto o levantamento não tinha indicado que o estado está fora da curva e, apesar  
228 dos relatos de fraude, precisava ser apurado pela polícia. Sendo assim, se o recadastramento fosse feito, os casos de fraude  
229 seriam encaminhados para a apuração devida. **Cássio Garcia** esclareceu que o informe seria em conjunto, Estado e  
230 municípios, tendo em vista que não são apenas os municípios que estão clamando, mas os coordenadores de núcleos e as  
231 bases também. Portanto seria importante lançarem juntos, além da nota técnica do Ministério Público, e parabenizou o MP que  
232 desde o início tinha estado presente, mesmo Rogério Queiroz estando de férias e, apesar de não ser no tempo esperado, eles  
233 estavam conseguindo produzir dados importantes para darem retorno ao Ministério da Saúde. **Stela Souza** afirmou que todos  
234 concordam que a nota deveria sair em conjunto, inclusive estava sendo construída, a equipe já tinha o material para ser  
235 encaminhado para Ana Paula Andrade e Cássio Garcia, para eles avaliarem o produzido. Sinalizou que o COSEMS ainda está  
236 terminando de fazer e depois enviaria para Ana Paula e Cássio Garcia fazerem os encaminhamentos devidos, além de  
237 direcionarem o resultado para o MP, ressaltando que se trata de um informativo da CIB. **Fábio Vilas-Boas** informou sobre o  
238 Programa de Internação Domiciliar no estado da Bahia, segundo ele, alguns dos presentes já conhecem o Programa Melhor  
239 em Casa, do Ministério da Saúde, que consiste no atendimento domiciliar pontual, em que os profissionais se deslocam até as  
240 casas dos pacientes para realizar cuidados como de fisioterapia, enfermagem e nutrição enteral, mas não cobrem algumas  
241 administrações de antibióticos mais de uma vez por dia, nem atendimentos mais complexos que demandem vários  
242 atendimentos ao longo do dia e nem cobertura 24 horas. Alertou que, em função do exposto, atualmente os hospitais  
243 acumulam algumas centenas de pacientes e sem conseguir que sejam desospitalizados, porque seus casos são muito  
244 complexos para o modelo atual de atendimento domiciliar preconizado pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, a SESAB  
245 trabalhou nos últimos anos buscando uma alternativa de estender a cobertura para contemplar as centenas de pacientes de  
246 fora do Programa, inclusive tendo sido feitas várias equações financeiras e modelagens, levando a um programa mais  
247 econômico e abrangente do que vigente. Informou que o contrato com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF), que  
248 realizava o serviço até então, foi rescindido e aberto um processo de credenciamento para que outras empresas pudessem  
249 prestar o serviço em toda Bahia. Explicou que as empresas absorveriam 100% do serviço prestado pela FESF e, caso a  
250 Fundação quisesse continuar prestando o mesmo serviço dentro do modelo e preços propostos, a mesma continuaria  
251 oferecendo os serviços de atenção domiciliar e os que atualmente a FESF não têm estrutura para prover, seriam feitos pelas  
252 demais empresas. Informou que o contrato da FESF vencerá no dia 25 de abril e as empresas que se credenciassem até lá  
253 assumiriam imediatamente os mais de trezentos pacientes que estão sendo atendidos pela Fundação em toda Bahia. Afirmo  
254 que o Estado passará a atender em casa pacientes que atualmente se encontram nos hospitais, necessitando de internação  
255 24h, oxigenoterapia e ventilação mecânica domiciliar, tanto crianças quanto adultos. Informou também que a previsão é triplicar  
256 o número de pacientes em regime de internação e atendimento domiciliar, gerando economicidade para o Estado e explicou  
257 que todas as regiões com hospitais estaduais tendo pacientes crônicos e morando no hospital, ou com previsão de mais de  
258 trinta dias de internação, poderiam contatar e sinalizar a SUREGS e os pacientes seriam avaliados para um novo modelo de  
259 internação domiciliar. Outro informe, sobre a Política Estadual de Atenção Integral ao Paciente Portador de Pé Diabético,  
260 atualmente quase metade dos pacientes nas emergências dos hospitais do Estado e nas UPA são portadores de pé diabético  
261 infeccioso e isquêmico. Segundo ele esses pacientes ficam aguardando curativos, amputações ou revascularizações, que nem  
262 sempre chegam a tempo e em função disso há uma 'legião' de pacientes amputados em todo o estado, com grande sofrimento  
263 para os mesmos e sobrecarga para o SUS. Ele contou que tinha estado em Cuba com o Governador, onde o programa no país  
264 foi responsável por praticamente zerar as amputações no território inteiro, portanto tinha sido pensado em levar o modelo para  
265 a Bahia. Relatou também que na semana anterior eles tinham trazido o coordenador do programa de Cuba e o mesmo tendo  
266 passado dois dias com os representantes da Bahia, em um seminário para desenvolver o plano estadual baiano e a política  
267 tinha sido rascunhada, seria discutida na CIB, mas apenas para dar uma ideia geral ea previsão que cada município com mais  
268 de vinte mil habitantes terá uma sala de pé diabético como referência. Esclareceu que a sala terá uma pia baixa para realizar a

269 higienização dos pés e que haverá também treinamento das enfermeiras e dos médicos para fazerem o curativo das feridas, e  
 270 os pacientes seriam encaminhados às instâncias superiores, para tratamento da ferida que não fechasse por motivo de  
 271 insuficiência vascular ou por uma infecção que não estivesse cedendo ao antibiótico. Pontuou que as salas dos municípios  
 272 deverão matricular todas as demais unidades básicas de saúde, para rastrear pacientes com risco aumentado de desenvolver  
 273 feridas ou que já tiverem feridas para ser possível tratar precocemente, ou seja, todas as unidades básicas de saúde do Estado  
 274 colocarem como parte da sua estrutura de avaliação a pesquisa de lesões nos pés que precisarem de atenção, sendo que todo  
 275 paciente diabético teria que tirar o sapato para ser examinado. Caso houvesse alguma lesão seria encaminhado para a sala de  
 276 referência municipal e, se a lesão não fosse resolvida na mesma, as quatro policlínicas estaduais inauguradas, as quatro a  
 277 serem inauguradas e as dez em construção teriam salas de referência macrorregionais e cada uma receberia a demanda não  
 278 resolvida pela sala de pé diabético municipal, para tentar resolver. Esclareceu que se as policlínicas não resolvessem, os  
 279 pacientes seriam direcionados para o Centro de Feridas construído pela SESAB no município de Salvador, localizado no  
 280 Parque Solar Boa Vista e o Estado faria a seleção da empresa responsável pela gestão da sala. O Centro de Feridas  
 281 identificaria a causa da ferida, por exemplo, se a mesma fosse uma úlcera varicosa ou uma insuficiência vascular que  
 282 precisasse fazer uma angioplastia ou uma infecção, para encaminhar para os hospitais e realizar o tratamento endovascular,  
 283 se coubesse, ou até se fosse o caso de uma oclusão arterial precisando revascularizar, podendo ser encaminhado para o  
 284 Hospital Regional Costa do Cacau, bem como para o Hospital Geral Roberto Santos e Hospital Ana Nery. Informou que em  
 285 2019 a Bahia terá serviço de hemodinâmica em Barreiras, Porto Seguro e Irecê e explicou que, se coubesse tratamento de  
 286 varizes ou tratamento que precisasse de antibiótico, necessitando de internação domiciliar ou hospitalar, o paciente seria  
 287 internado. Colocou que a SESAB estruturou desde a Atenção Básica, do posto satélite do município até o tratamento  
 288 endovascular nos hospitais de referência, com o objetivo de reduzir ao mínimo as amputações que atualmente acontecem em  
 289 todo estado da Bahia e causam imenso sofrimento à população de diabéticos. Disse também que o Estado abrirá um Centro de  
 290 Referência em Hipertensão Arterial e Aterosclerose Sistêmica no Bairro da Caixa D'Água, em frente ao Hospital Ana Nery,  
 291 onde tem um Centro Social Urbano. Informou ainda que a obra do Centro de Referência já está sendo licitada e que a unidade  
 292 será para pacientes de hipertensão arterial de difícil controle, além de investigação de hipertensão secundária, endovascular,  
 293 feocromocitoma, cushing, hiperaldosteronismo e todos que não forem resolvidos na Bahia, sendo encaminhados para este  
 294 Centro, da mesma forma que o CEDEBA (Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia), reconhecido internacionalmente.  
 295 Afirmou que o Centro também fará o matriciamento junto com as policlínicas, onde cada uma terá um pequeno CEDEBA, além  
 296 de cuidar de pacientes com aterosclerose sistêmica, carotídea e vascular periférica não coronariana, ou seja, quem tivesse  
 297 doença cerebrovascular, doença vascular periférica e gastrointestinal e precisasse de intervenção endovascular, seria atendido  
 298 pelo Centro. Após o exposto, ele concluiu que na outra ponta o CEDEBA terá o Centro de Hipertensão e Aterosclerose, e com  
 299 isso o Estado mapeará os três principais fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento de infarto e AVC, na expectativa  
 300 de que em médio prazo já impactasse na redução das estatísticas, tirando a Bahia da triste situação de campeã de mortalidade  
 301 específica por infarto ou por acidente vascular cerebral no Brasil. **Stela Souza** parabenizou e pontuou que é extremamente  
 302 importante, tendo em vista o grave problema da amputação nos municípios e ressaltou o apoio da referência para o tratamento  
 303 do pé-diabético e das feridas. Ressaltou também a importância do suporte para implantar as salas nos municípios, tendo em  
 304 vista a dificuldade, portanto era preciso unir forças para poderem melhorar realmente a qualidade. Sobre a sífilis congênita, ela  
 305 esclareceu que não podia ir à reunião, porque estava resolvendo o assunto da internação domiciliar, porém elogiou o  
 306 movimento que o Estado está fazendo e como o Secretário não tinha passado a informação do que fora discutido, ela não  
 307 sabia quais tinham sido os encaminhamentos. Afirmou que Rogério Queiroz também acompanha de perto a sífilis congênita e  
 308 na reunião do COSEMS as equipes da SUVISA/DIVPE e da DGC tinham apresentado os dados e para o Grupo Condutor de  
 309 Redes também e posteriormente seria discutido no GCE, com o material produzido pelo COSEMS. Ela relatou ter recebido  
 310 uma informação extra-oficial em Brasília de que a Bahia terá problemas novamente com relação à penicilina, por haver uma  
 311 questão de insumos, o desabastecimento aconteceria novamente no final de 2018 e, tendo em vista que o estado tinha  
 312 passado quase dois anos com o mesmo problema, era preciso investigar a informação. Em seguida colocou que o Secretário  
 313 tinha respondido que o problema tinha sido solucionado, despreocupando os gestores, porque eles precisavam ter a garantia  
 314 de poderem continuar tratando os pacientes, por ter havido casos em que o paciente tinha buscado o medicamento, porém só  
 315 tinha sido possível fornecer para a gestante e seu parceiro e o restante continuando a transmitir a doença. O Coordenador da  
 316 CIB deu posse ao novo membro do COSEMS na CIB, Maria Lucimar Alves de Lira Rocha, da Secretaria Municipal de Saúde  
 317 de Salvador, em substituição a José Antônio Rodrigues Alves. Stela Souza esclareceu que o fato de ser secretário da capital  
 318 não significava que o mesmo é maior ou melhor do que qualquer outro secretário, porque os gestores municipais sabem do  
 319 prazer e da angústia que vivem, mas era preciso fazer uma homenagem e um agradecimento ao Secretário José Antônio  
 320 Rodrigues Alves, tendo em vista seu trabalho durante os cinco anos e três meses como membro da CIB. Explicando que o  
 321 Secretário da capital é membro nato da Comissão Intergestores Bipartite, solicitou que Maria Lucimar Alves de Lira Rocha  
 322 transmitisse os agradecimentos da CIB e boa sorte nos caminhos novos que ele fosse seguir. **Nanci Salles** deu seguimento,  
 323 comunicando a publicação das resoluções *ad referendum*, de acordo com a tabela abaixo:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
063/2018	17/03/2018	Aprova ad referendum a Proposta nº 11323301000/1170-10, Emenda Parlamentar nº 13550002, para aquisição de equipamento e material permanente (RX) e implantação do serviço de radiologia na Maternidade Dep. Jose Carlos Araujo- CNES nº 3246558 no município de Bonito.
076/2018	04/04/2018	Aprova ad referendum o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e dos municípios, a partir da competência Março/2018.
077/2018	04/04/2018	Aprova ad referendum a Proposta de convênio nº 915178/18-012, para aquisição de equipamento e material permanente e implantação do serviço de ressonância nuclear magnética – CNES nº 2802104, localizado no Hospital Santo Antonio, no município de Salvador.

078/2018	04/04/2018	Aprova Ad de referendun a ampliação da frota do SAMU Regional de Teixeira de Freitas que contempla o município de Nova Viçosa com Unidade de Suporte Avançado – USA.
079/2018	06/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta nº 11573.200000/1180-01 e Emenda Parlamentar nº 27460002, para aquisição de equipamento e material permanente e implantação do serviço (RX) radiologia no Hospital Maternidade Milton Pamponet Ribeiro.
080/2018	05/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta nº 13838688000/1180-02 e Emenda Parlamentar nº 13550002, para aquisição de equipamento e material permanente e implantação do serviço de oftalmologia, localizado no CEMI – Centro de Especialidades Médicas de Itaparica no município de Itaparica.
081/2018	06/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta nº 10657240000/1180-03 e Emenda Parlamentar nº 34870013 para aquisição de equipamento e material permanente aparelho de ultrassonografia para ampliação do serviço, localizado no Hospital Municipal de Ipirá, no município de Ipirá.
083/2018	13/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta nº 905816/18-001, Emenda Parlamentar nº 35640025, para reforma de unidade de atenção especializada em saúde – Hospital Geral Clériston Andrade, no município de Feira de Santana.
084/2018	14/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta nº 10535009000/1180-03, Emenda Parlamentar nº 34770015, para aquisição de equipamento e material permanente (RX) e implantação do serviço de radiologia no Hospital Santo Antônio - CNES nº 2557088 no município de Mortugaba.
085/2018	14/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta de convênio nº 915178/18-012, para construção de Centro de Atenção Especializado com Laboratório de Análises Clínicas, no município de São Domingos.
086/2018	17/04/2018	Aprova ad referendun as Propostas nos 915180/18-001 e 915180/18-002 para aquisição dos equipamentos e materiais permanentes aparelho de tomografia e aparelho de ultrassonografia para ampliação do serviço, localizado no Hospital Liga Bahiana Contra o Câncer no município de Salvador.
087/2018	17/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta no 12244652000/1180-06 para aquisição dos equipamentos e materiais permanentes para unidade de atenção especializada em saúde do Hospital Municipal Deputado Luis Eduardo Magalhães no município de Cândido Sales.
089/2018	18/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta de convênio nº 911170/18-001 para ampliação do Hospital Municipal Dr. José Borba, no município de Santa Maria da Vitória.
090/2018	19/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta no 11996804000/1180-01 e Emendas nº 30620004 e 36940014 para aquisição dos equipamentos e materiais permanentes para unidade de atenção especializada em saúde do Hospital Municipal Dr. João Borges de Cerqueira no município de Santo Estevão.
091/2018	19/04/2018	Aprova ad referendun a Proposta de convênio nº 911747/18-002 para ampliação da unidade de saúde Hospitalar de Carinhanha, no município de Carinhanha.

324  
325  
326  
327  
328

A Secretária Executiva da CIB lembrou que as resoluções CIB referentes à aquisição de equipamentos por emendas ou convênios tinham sido mediante a necessidade de publicação por diligência do Ministério da Saúde, conforme pactuado em CIB. Sendo assim, nem toda proposta de aquisição de equipamento necessitava publicação de resolução CIB, ou seja, apenas em casos de diligência do Ministério da Saúde. E passou a fala para a mesa, para apreciação e ratificação das resoluções em ad referendun e os membros **aprovaram por unanimidade**. Ela comunicou as homologações a seguir:

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Educador Físico (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Heliópolis	Alagoinhas
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Educador Físico (30h), 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Nutricionista (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Sítio do Quinto	Alagoinhas
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (30h e 20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Farmacêutico (30h), 01 Educador Físico (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Nutricionista (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Santo Estevão	Feira de Santana
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Psicólogo (40h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Assistente Social (30h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Educador Físico (40h), totalizando carga horária de 210 horas.	Angical	Barreiras
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Professor de Educação Física (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Sanitarista (40h) e 01 Farmacêutico (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Tanhaçu	Brumado
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 03 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Educador Físico (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Psicólogo (30h) e 01 Assistente Social (30h),	Ubaitaba	Itabuna

	totalizando carga horária de 210 horas.		
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 02 Psicólogos (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 02 Educadores Físicos (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicopedagogo (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando carga horária de 220 horas.	Ibicaraí	Itabuna
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Educador Físico (40h), totalizando carga horária de 210 horas.	Ituaçu	Brumado
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Educador Físico (20h) e 01 Assistente Social (30h) e totalizando carga horária de 200 horas.	Pindaí	Guanambi
	01 NASF Tipo I, vinculado à USF São João Batista, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 02 Educadores Físicos (40h cada) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 250 horas.	Eunápolis	Porto Seguro
	01 NASF Tipo I, vinculado à USF Lourdes Seixas, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 02 Educadores Físicos (40h cada) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 250 horas.	Eunápolis	Porto Seguro
	01 NASF Tipo I, vinculado à USF Antônio Lima, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Farmacêutico (40h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 210 horas.	Eunápolis	Porto Seguro
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Ginecologista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Educador Físico (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Guajeru	Brumado
	Alteração de composição e carga horária da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 02 Nutricionistas (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Assistente Social (30h), 02 Psicólogos (20h cada) e 01 Educador Físico (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Cansanção	Serrinha
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Educador Físico (20h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Pojuca	Camaçari
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Josefa Agda de Jesus.	Brotas de Macaúbas	Ibotirama
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Sede II.	Tanhaçu	Brumado
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Florentina Miranda Rocha.	Souto Soares	Seabra
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Maria Missias dos Anjos.	Iraquara	Seabra
	02 ESB Modalidade I, vinculada às USF Alto do Cajueiro e Hermínio Barbosa da Silva.	Lençóis	Seabra
	02 ESB Modalidade I, vinculada às USF Ponta de Areia e Centro.	Caravelas	Teixeira de Freitas
	03 ESB Modalidade I, vinculada às ESF José Aciole Dias, Tingui e do Razinho.	Sítio do Quinto	Alagoinhas
	04 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Fátima, Melancia, Baixa da Candeia e Torre.	Nova Soure	Alagoinhas
	08 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Parque da Renovação, Pequi V, Pequi VI, Mario Meira Amorim, Dinah Borges III, Antares, Centro I e Centro II.	Eunápolis	Porto Seguro
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I, na USF José Barbosa Campos.	Brotas de Macaúbas	Ibotirama
	01 ESF Modalidade I, na USF Pedrinhas.	Ibiassucê	Guanambi



01 ESF Modalidade I, na USF do Curral Queimado	Rio do Pires	Brumado
05 ESF Modalidade I, nas USF Dinah Borges III, Centro I, Centro II, Parque da Renovação e Antares.	Eunápolis	Porto Seguro

329 Pontuou que, quanto às Equipes de Saúde Bucal e o NASF para o município de Sítio do Quinto, foi informado pela CIR a  
 330 solicitação de retirada, por ter havido um equívoco no encaminhamento. Sendo assim, eles deveriam remeter para aprovação  
 331 na próxima reunião da CIR e posteriormente reencaminhariam a documentação na próxima reunião da CIB. Comunicou  
 332 também o Projeto de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar nos município de São Sebastião do Passé e a implantação  
 333 da UPA do município de Remanso, além das habilitações dos serviços a seguir:  
 334

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	0003859	13.937.131/0053-72	Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia
Mutuípe	CAPS I de Mutuípe	7857055	13.827.035/0001-40	CAPS I

335 Comunicou o pedido também para retirar da pauta o Hospital Geral Roberto Santos como Centro de Referência de Alta  
 336 Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia, por já ter sido contemplado em resolução anterior, portanto, tinha havido um  
 337 equívoco. Em seguida os pleitos foram colocados em apreciação pela mesa. **Cássio Garcia** fez uma observação em relação à  
 338 UPA de Remanso, sinalizando que não tinha sido de forma isolada, pois já estava no plano aprovado pela CIR e pela CIB,  
 339 tendo sido enviados os sete planos ao Ministério da Saúde e devolvidos ao Estado para revisão ou atualização na CIR.  
 340 Segundo ele, já tinha sido feito na CIR de Juazeiro e tendo retornado, mas tinha ido para a CIB pela necessidade do gestor  
 341 com o SAIPS, por isso fora daquela forma, ou seja, apenas para ratificar e depois seriam feitas as falas dos outros planos  
 342 conversados na reunião do GCE. **Stela Souza** informou que o COSEMS recebeu a cópia da documentação pelo gestor de  
 343 Remanso, sendo assim o COSEMS estava ciente da situação e perguntou se alguém tinha algum comentário sobre as  
 344 homologações, mas ninguém pediu a palavra, sendo assim **APROVADOS**. Dando continuidade, ela passou para os pontos de  
 345 pactuação, convocando a Superintendência de Assistência Farmacêutica Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC) para  
 346 apresentar o pleito sobre a ampliação do público alvo de dispensação de repelentes fornecidos pelo Governo Federal às  
 347 gestantes e a mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica  
 348 do município de Licínio de Almeida, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde. **Nanci Salles** sinalizou que  
 349 o ponto sobre a mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica  
 350 do município de Licínio de Almeida era para ter entrado na pauta como homologação, mas tinha entrado na pauta em  
 351 pactuação, porque era para ter sido homologado na CIB anterior, tendo em vista o acordado de os municípios  
 352 encaminharem até fevereiro, porém Licínio de Almeida tinha sido um dos primeiros a encaminharem e de fato a CIB não tinha  
 353 identificado. Mas em seguida fora sinalizado para a Assistência Farmacêutica e decidido que seria reiterado na próxima  
 354 reunião da CIB, para comunicar posteriormente ao Ministério da Saúde. **Stela Souza** informou que o município ligou para o  
 355 COSEMS sinalizando que tinha enviado a solicitação no prazo, mas por uma falha não tinha entrado na parte de homologação  
 356 da pauta. **Daniela Vitor** confirmou a falha, mas que já tinha sido corrigida e homologada a entrada do município Licínio de  
 357 Almeida como gestão estadual da contrapartida federal do componente básico da Assistência Farmacêutica. Em relação à  
 358 pauta dos repelentes, informou que seria uma boa notícia e disse que a SESAB iniciou no dia 10 de março de 2017 a  
 359 distribuição dos repelentes adquiridos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA), em parceria com o  
 360 Ministério da Saúde (MS), para as gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família, seguindo as normas de distribuição dos  
 361 repelentes apresentadas pelo MS, através da Nota Técnica CGAFME/DAF/SCTEI-MS nº 13/2017, amplamente divulgada aos  
 362 municípios. Segundo ela os municípios estão recebendo os repelentes, mas se queixam pelo fato de terem um estoque grande  
 363 de repelentes e o Estado tinha passado a informação para o Ministério da Saúde e depois de uma flexibilização autorizada pela  
 364 Consultoria Jurídica (Conjur), os estados tinham podido ampliar o acesso aos repelentes já distribuídos. Assim, através do ofício  
 365 SCTIE/GAB/SCTIE/MS nº 584/2018, de 07 de março de 2018, tinha sido possível ampliar a dispensação do repelente a outros  
 366 públicos em situação de vulnerabilidade, quando fosse caracterizado risco por perda de validade para o estoque de repelente  
 367 estadual, regional, ou municipal. Relatou que a SAFTEC levou a pauta para o grupo técnico do COSEMS, tendo ficado definidos  
 368 três grupos reconhecidos através do GT COSEMS – Assistência Farmacêutica como possibilidades de pactuação de grupos  
 369 para receberem repelentes: outras gestantes (vulnerabilidade social e epidemiológica), agentes comunitários de saúde e  
 370 agentes de endemias (vulnerabilidade ambiental), idosos (situação de vulnerabilidade social e epidemiológica). Acrescentou  
 371 que as crianças tinham ficado fora porque menores de doze anos não podem utilizar repelentes. **Stela Souza** classificou  
 372 como uma boa notícia e comentou que, se eles têm o repelente, era realmente necessário ampliar. Informou que a DASF tinha  
 373 levado a discussão para o GT da Assistência Farmacêutica e o COSEMS tinha concordado em realizar a ampliação do uso e  
 374 não deixar perder nos estoques. **Daniela Vitor** ressaltou uma preocupação, porque o Ministério da Saúde sinalizara que não  
 375 tinha previsão de compra de repelente para o ano de 2018, ou seja, quase todo material existente está em posse dos  
 376 municípios, na CEFARBA (Central Farmacêutica da Bahia) havendo apenas trinta mil frascos e a validade dos repelentes  
 377 sendo até janeiro de 2019. **Stela Souza** corrigiu, dizendo que alguns repelentes venceriam em outubro de 2018, outros em  
 378 janeiro de 2019 e outubro de 2019, sendo assim era preciso distribuir os que venceriam primeiro, porque poderia não dar  
 379 vencimento e era duro perder um produto que ajudaria a prevenir das arboviroses, outras gestantes - 'não bolsa família' - e os  
 380 idosos. **Daniela Vitor** pontuou que, por outro lado, não havia previsão de recebimento de repelente para o próximo verão,  
 381 sendo assim, eles precisavam guardar um pouco do estoque. **APROVADO**. **Stela Souza** deu seguimento, convocando o ponto de  
 382 pauta do GASEC sobre alteração da Resolução CIB nº 053/2016, porém os membros ficaram aguardando o retorno de  
 383 Cássio para os esclarecimentos, e foi dado seguimento, com a convocação do pleito do Grupo Condutor de Redes - aprovação  
 384 de assuntos referentes às redes temáticas, mas concordaram em passar para o ponto sobre a habilitação do Hospital da  
 385 Mulher com Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e a situação do Ofício do Ministério Público Federal sobre



386 oncologia. **Alcina Romero** (Diretora de Atenção Especializada da SESAB) informou que tinha sido apresentado no GCE um  
 387 aditivo ao Plano Estadual de Oncologia e inclusive já havia sido aprovada no mesmo espaço a habilitação do Hospital da  
 388 Mulher como hospital geral de cirurgia oncológica de complexo hospitalar. Segundo ela o Hospital da Mulher funciona desde  
 389 dezembro de 2016 e a ideia era que o mesmo formasse um complexo oncológico com o Hospital Geral Roberto Santos e o  
 390 Cican (Centro Estadual de Oncologia), sendo que o Hospital da Mulher ficaria responsável pela parte de cirurgias oncológicas  
 391 do âmbito da ginecologia e mastologia. Com o passar do tempo, o desenvolvimento das ações do hospital tinham permitido  
 392 propor no GCE passar o mesmo para uma UNACON, ou seja, ele seria uma unidade de atenção de assistência em alta  
 393 complexidade isoladamente, tendo sido aprovado. Disse que o Estado está fazendo investimento na implantação de um serviço  
 394 de quimioterapia e no pronto atendimento para os pacientes cadastrados no UNACON, a partir das exigências da portaria nº  
 395 140 do Ministério da Saúde e afirmou que em dois meses o serviço de quimioterapia estaria funcionando com vinte cadeiras.  
 396 Em seguida apresentou a produção de cirurgia oncológica durante o ano de 2017, tendo como base o parâmetro de produção  
 397 exigido pelo MS, de seiscentas e cinquenta cirurgias e o Hospital da Mulher tendo realizado, em um ano, mil novecentas e uma  
 398 cirurgias oncológicas, de várias subespecialidades, de acordo com a tabela abaixo:

Forma Organ [2008+	Freqüência
041601 Urologia	5
041602 Sistema linfático	73
041603 Cabeça e pescoço	3
041604 Esôfago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais	20
041605 Colo-proctologia	17
041606 Ginecologia	1.143
041608 Pele e cirurgia plástica	73
041609 Ossos e partes moles	4
041612 Mastologia	563
<b>Total</b>	<b>1.901</b>

399 FONTE: DATASUS/TABWIN EM 17/04/2018

400 Falou que os dados positivos tinham permitido ao Estado concluir que o hospital possui um adensamento e uma capacidade de  
 401 ser por si só uma UNACON. Com o número de cirurgias realizadas já era necessário que a própria unidade provesse o  
 402 tratamento quimioterápico, pois antes o tratamento estava atrelado ao Cican, porém, com o número de cirurgias oncológicas do  
 403 Hospital da Mulher, era necessário um serviço específico para os pacientes, e a unidade atualmente está 100% regulada no  
 404 Sistema Lista Única, além de atender pacientes dos quatrocentos e dezessete municípios do estado. Sendo assim, a SESAB  
 405 levou para a aprovação da CIB a sua habilitação como UNACON para o estado da Bahia, que inclusive possui déficit de  
 406 unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, e o estado passaria a contar com mais um serviço de tratamento  
 407 no âmbito da assistência integral de diagnóstico, tratamento cirúrgico, quimioterápico e com a expectativa de, no futuro  
 408 próximo, realizar também o tratamento por radioterapia, mas neste momento a habilitação era para UNACON com tratamento  
 409 cirúrgico e quimioterapia. **Cássio Garcia** agradeceu a Alcina Romero pela apresentação e reafirmou que a habilitação do  
 410 Hospital da Mulher como hospital de alta complexidade em oncologia, sem o serviço de radioterapia está em apreciação da  
 411 Bipartite. Após perguntar se alguém tinha alguma consideração a fazer, foi **aprovada a habilitação**. Em relação ao ofício do  
 412 Ministério Público Federal, ele perguntou a **Stella Souza** se a mesma tinha comentado e ela respondeu que ainda não tinha  
 413 lido, mas o faria. **Cássio Garcia** passou ao outro ponto de pauta: Apresentação da execução físico orçamentária das unidades  
 414 de assistência de alta complexidade cardiovascular, da proposta de reorganização da Rede de Atenção Cardiovascular e  
 415 informou que a DAE fez um estudo de toda a rede, com uma avaliação abrangente da mesma e precisava apresentar aqui e  
 416 falou dos encaminhamentos, que tinham feito também uma avaliação abrangente, tendo sido tiradas algumas considerações  
 417 também de forma abrangente, ainda que o GT, junto com o COSEMS e a SESAB, se debruçariam sobre os equipamentos de  
 418 cada região, fazendo uma avaliação mais profunda dos mesmos para verem a possibilidade de alguns remanejamentos.  
 419 Comentou que tinham visto que muitos prestadores ou serviços não executam 20% a 30% de alguns procedimentos ou das  
 420 metas preconizadas pela habilitação, para ser considerado um serviço de alta complexidade cardiovascular. Então fariam por  
 421 região, indo às CIR e a partir daí trazerem para a Bipartite, com as decisões e os encaminhamentos necessários para terem a  
 422 garantia do acesso ao serviço. **Stella Souza** complementou que não é pactuação, tinha sido apresentado no Grupo Condutor  
 423 o estudo feito pela DAE e lá tinham decidido encaminhar um grupo de trabalho para, juntos, COSEMS e SESAB, fazerem uma  
 424 avaliação e proporem uma reorganização, porque têm realmente vários serviços que não estão produzindo e enquanto isso  
 425 seus pacientes buscando e não achando local para realizar. Disse que o estudo tinha sido muito bom para eles, por mostrar o  
 426 panorama atual, então, apenas para deixar claro, não era pactuação. Anunciou que o Conselho Estadual de Saúde tem  
 427 conselheiros representantes aqui na CIB, que acompanham as reuniões da CIB e agradeceu pela presença de cada um, lhes  
 428 deu as boas vindas e **Cássio Garcia** citou os nomes dos conselheiros, Marcos, Isadora e Vasconcelos. O outro ponto  
 429 discutido: informe referente ao Primeiro encontro de atualização dos planos de ação regional da rede de atenção às urgências,  
 430 ponto este que acabou tendo um desdobramento em relação à resolução CIT trinta e sete, de vinte e dois de março de dois mil  
 431 e oito. A área técnica e a Coordenação tinha trazido a proposta porque como ele falara anteriormente, o Ministério devolvera  
 432 no ano passado os planos de urgência e emergência do estado, solicitando uma atualização e avaliação dos mesmos. Quando  
 433 a área técnica trouxera isso, tiveram no final de março a portaria trinta e sete, que trata do processo de planejamento regional  
 434 integrado e a definição das macrorregiões de saúde. Tinham feito uma avaliação no grupo condutor sobre qual a validade de  
 435 eles estarem fazendo um movimento em regiões que talvez nem fossem a mesma, que pudessem passar por mudanças,  
 436 nesse sentido tinham um prazo dado pelo Ministério da Saúde, até o dia vinte e seis de junho, para apresentarem um  
 437 programa do processo de planejamento regional integrado e as definições das macrorregiões, entendendo que uma revisão de  
 438 mapa e de regiões de saúde não é um processo rápido. E nesse momento o Grupo Condutor estava trazendo aqui para a CIB  
 439 a necessidade de levarem a ampliação desse prazo à Tripartite. Eles não conseguiriam ter as definições de macrorregiões

440 no prazo, até junho, até porque o Ministério da Saúde não tinha soltado ainda o instrutivo e felizmente ontem, no Grupo  
441 Condutor, tinham tido a presença da técnica do Ministério da Saúde, Sara, presente também hoje na CIB. **Sara Emanuela de**  
442 **Carvalho Mota, representante do MS**, explicou que o Ministério convocou os núcleos regionais para uma reunião sobre a  
443 portaria trinta e sete e ainda ficando muitas dúvidas em relação aos instrutivos. Então ficava difícil fazerem uma construção de  
444 macrorregiões nesse prazo, estavam solicitando aqui, em conjunto, que esse prazo fosse ampliado e também, ao mesmo  
445 tempo, lembrando que já têm uma comissão, formada na última Bipartite, e tinham decidido que colocaria a volta do Ministério  
446 ao Grupo Condutor e verem o desenho. Como Sara colocara lá, inseririam o Ministério dentro desse grupo para discutirem e  
447 aprofundarem com o mesmo essas novas macrorregiões de saúde, bem como o planejamento regional integrado. Levariam  
448 isso e acreditava que precisaria de uma resolução - alertou a Nanci Salles. Informou que o cronograma traz que na próxima já  
449 tem o grupo formado, Sara se agregaria a esse grupo e traria o cronograma na próxima Bipartite, para aprovação do pleno. O  
450 outro assunto, a Rede Cegonha, lembrou que já tinha sido discutido no Grupo Condutor, onde tinha sido a priorizada devido aos  
451 desafios que todos os gestores municipais têm encontrado em relação a esta Rede e a área técnica da SESAB fez um Estudo  
452 que tinha sido apresentado ontem no Grupo Condutor. Não apresentariam aqui hoje porque o COSEMS também tem um  
453 estudo muito bem elaborado e tinham ficado de juntar esses dois estudos para tomarem algumas deliberações importantes e já  
454 tendo alguns diagnósticos que Stela Souza trouxera aqui, como o aumento da sífilis congênita, apesar do teste rápido e de  
455 outras medidas tomadas nesse período. E tendo também dados positivos, trariam aqui com mais profundidade, junto com as  
456 deliberações que tomariam, sendo a idéia no mesmo sentido da oncologia, de elaborarem um instrumento para cada região de  
457 saúde fazer esse monitoramento e acompanhamento periódico de forma constante nas regiões. **Stela Souza** deu Ok e colocou  
458 que tinham encerrado as pactuações, mas voltou para um encaminhamento do Grupo Condutor sobre a Rede de Oncologia,  
459 em que o COSEMS recebera um ofício - acreditava que a SESAB também tivesse recebido - Ofício cento e oitenta e nove, de  
460 dois mil e dezoito, décimo sexto OTC/BA VCGPV Salvador, vinte e seis de março de 2018, Ministério Público Federal,  
461 Procuradoria da República da Bahia, a Stella Souza, e o assunto: inquérito civil nº1.14.000.0001600/2012-96 - "Apurar a não  
462 implantação da política nacional de oncologia e da política nacional de regulação no Município de Salvador e no Estado da  
463 Bahia e a falta de integralidade na atenção a saúde da pessoa cometida por neoplasia". Com anexo a cópia da Ata da reunião  
464 ocorrida no dia oito de novembro de dois mil e dezessete, em que o COSEMS também participou, junto com a SESAB e outros  
465 órgãos. "À Presidente, cumprimentando-a cordialmente, com o objetivo de instruir o inquérito civil em epígrafe, o Ministério  
466 Público Federal pela Procuradoria da República signatária e com fundamento no Art. 129, inc. VI da Constituição Federal e no  
467 Art. Oitavo, inc. II da Lei Complementar nº 75/93, solicito a Vossa Senhoria o prazo de vinte dias para prestar esclarecimento  
468 atualizado acerca da proposta de colocar a informação dos exames/procedimentos de investigação oncológica e estadiamento  
469 do rol "BPAC" para o "BPAI", facilitando o rastreamento do paciente. Com a finalidade de subsidiar o oferecimento de resposta,  
470 em anexo cópia da Ata da reunião ocorrida em oito de novembro de dois mil e dezessete, na sede da Procuradoria. Por  
471 ocasião da resposta, solicita-se fazer referência expressa aos números deste ofício e do procedimento mencionado.  
472 Atenciosamente, Vanessa Gomes Previtiera - Procuradora da República". A **Coordenadora Adjunta da CIB** comentou que  
473 estava trazendo isso aqui porque fizera parte da discussão da SESAB e COSEMS, apesar de o documento estar vindo para o  
474 COSEMS e já tinham providenciado a resposta, mas era apenas para informar aos membros da CIB, que eles tinham colocado  
475 também uma sugestão, sendo aprovada no Grupo Condutor uma reunião entre os municípios executores de oncologia, porque  
476 isso aqui tratava também do diagnóstico e outros. Tinha agendado também com os municípios executores, tendo uma pauta  
477 que faz parte desse processo, de acordo com o que consta na ata, o COSEMS trouxera também essa encomenda e o Estado  
478 da mesma forma. Então, no dia vinte e cinco, às nove horas da manhã, fariam uma reunião com todos os executores do Estado  
479 - seis municípios e mais o Estado como executor, coordenador e responsável pela implementação, implantação e coordenação  
480 do processo da Rede de Atenção Oncológica no Estado da Bahia. **Alcina Romero** complementou que o Estado também  
481 recebeu o ofício do Ministério Público Federal com o mesmo teor, mas tinham conversado e optado por fazerem uma resposta  
482 exatamente da pontuação, porque lhes parecia que tinha ficado claro, nas duas ou três reuniões com o Ministério Público  
483 Federal, que a política de oncologia está implantada a partir do momento que eles têm o Plano Estadual aprovado na CIB - e  
484 que estão acompanhando, monitorando. Precisavam monitorar se os indicadores melhoraram ou não e achava que houve um  
485 entendimento do Ministério Público Federal com relação a isso, e daquela reunião tinha ficado que aí sim, dentro desse Plano  
486 Estadual da Atenção ao Câncer na Bahia, eles já sinalizam o diagnóstico precoce do câncer como um dos grandes problemas.  
487 Essa questão fora que tipo de estratégia o Estado usaria para diminuir o tempo do diagnóstico, tendo havido essa proposta de  
488 se colocar em todos os boletins que todos os procedimentos diagnósticos relativos à suspeita de câncer fossem  
489 individualizados. E complementou: vários procedimentos diagnósticos são por BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), então  
490 todos os ultrassons, para qualquer coisa. Se pegassem todos os procedimentos de ultrassom, tomografia, coleta de biópsia,  
491 todos fossem individualizados, mesmo assim eles iriam perder o que, daquilo, seria mesmo câncer. Falou que houve a  
492 proposta de Marta Rejane de se colocar em cada BPA o CID, que é suspeita de câncer, a dificuldade deles era fazer o  
493 profissional da atenção primária preencher, que nem preenche o nome, quanto mais o CID. Tinha proposto então nesse  
494 grupo de trabalho, que desdobrou em um projeto piloto na região de Guanambi, para eles verem qual o impacto da policlínica  
495 no tempo de resposta para diagnóstico de espelho de câncer, porque aí sim tinham como monitorar. Acrescentou que tinham  
496 pedido aos municípios da região de Guanambi, feito todos os instrumentos, contando com a colaboração de Carol, e têm um  
497 prazo até abril para que todos os municípios da região de saúde de Guanambi devolvessem a planilha, que é esse instrumento  
498 que tinham pactuado com o Ministério Público Federal, constando quando o exame foi solicitado, para ligarem, da suspeita de  
499 câncer e quando esse exame foi efetivamente realizado e o resultado, porque nesse universo tinham conseguido ir mapeando  
500 o tempo resposta de câncer, e depois eles ampliarem para as demais regiões. Essa fora a proposta e a resposta tinha sido  
501 nesse sentido. O **Coordenador da CIB** colocou que têm em andamento um plano macro de ampliação das UNACON na  
502 Bahia, eles deveriam darem a ordem de serviço para a construção da UNACON de Barreiras no próximo dia vinte de maio,  
503 onde teriam uma unidade de alta complexidade em oncologia - quimioterapia, cirurgia e radioterapia - e também uma unidade  
504 de alta complexidade cardiovascular, com cardiologia intervencionista e cirurgia cardíaca no Hospital do Oeste, e mais vinte  
505 leitos de UTI e sessenta leitos de internação. A mesma coisa eles fariam em Irecê, tinham desapropriado os terrenos no  
506 entorno do hospital e colocariam uma UNACON completa e mais uma unidade de alta complexidade cardiovascular com

507 cirurgia cardíaca e cardiologia intervencionista. Estão com os projetos em andamento para a mesma coisa em Porto Seguro e  
508 Caetité, já tinham conseguido uma equação e um investidor, e esperava voltar antes de junho a Caetité para dar a ordem de  
509 serviço para a adequação do hospital, a fim de ser inaugurado como um hospital oncológico e com algumas cirurgias de  
510 ortopedia, mas a idéia é que o mesmo tivesse em torno de quarenta e oito leitos dedicados a cirurgia oncológica, quimioterapia,  
511 radioterapia e algumas cirurgias ortopédicas para poderem viabilizar o hospital do ponto de vista financeiro. Tinham ficado com  
512 Juazeiro, que é ampliação, Barreiras, Irecê, Porto Seguro e Caetité, tendo sido informado também que Santo Antônio de Jesus  
513 e Alagoinhas terão os UNACON privados, com isso dariam um bom *upgrade* na assistência oncológica do Estado. **Stella**  
514 **Souza** informou que ficava bastante abalada em relação aos problemas da oncologia, que precisam de trinta serviços, que é o  
515 que tem parametrizado para oncologia e têm quinze, com esses já iam para vinte, estavam chegando lá. Precisavam agora  
516 melhorar o acesso aos serviços e organizar bem para acabarem com as filas quilométricas, fazia o relato porque no início do  
517 mês acompanhara uma fila de quase trezentas pessoas e de manhã saíam na porta e anunciavam que só tinha oitenta fichas  
518 e o paciente com câncer na fila esperando, tinham que acabar isso. Parabenizou o Secretário, o Governador e toda a equipe,  
519 porque realmente é uma luta incansável e achava que nenhum deles devia descansar enquanto não melhorassem essa  
520 situação. **Cássio Garcia** relembrou que o GT e o Grupo Condutor tinham definido também que vão chamar o Hospital Aristides  
521 Maltez para conversarem no grupo, a fim de fazerem alguns ajustes necessários. **Pactuação 2.1:** GASEC COSEMS -Alteração  
522 da Resolução CIB 56 - relembrou que essa resolução aprova a operacionalização da sessão de crédito mensal de forma  
523 automática e regular relativo ao recursos de alta e média complexidade para o pagamento da contribuição institucional das  
524 secretárias municipais de saúde. Nessa resolução tem ainda sete municípios em que esse pagamento é realizado pelo Estado,  
525 entretanto esses municípios já são de gestão municipal, então eles estão fazendo uma correção dessa resolução, que é um  
526 processo que todos os municípios têm esses descontos, só que para alguns é descontado do fundo municipal. O que tem  
527 comando único recebe o MAC no seu fundo e os demais é descontado do Fundo Estadual. Então eles estavam fazendo uma  
528 correção. Os municípios: Abaré, Coribe, Itatim, Santo Amaro, São Félix do Coribe, São Francisco do Conde e Simões Filho.  
529 Perguntou a Stela Souza se poderia já entrar na Pauta do comando único e **Stela Souza** respondeu que preferia que  
530 passasse, porque aprovado o comando único já aprovava a correção ao mesmo tempo. **Cássio Garcia** informou que a idéia  
531 era justamente essa, para já inserir esses municípios que hoje estariam aprovando o comando único, os municípios que  
532 tivessem dentro do fluxo, um fluxo simplificado, que é levar para o conselho municipal de saúde, para a CIR e ser enviado à  
533 Bipartite, e a partir daí se fazer uma avaliação dos equipamentos existentes dentro do território desses municípios e trazerem  
534 para a CIB. Explicou que estava trazendo aqui e citou os municípios que tinham chegado: Andorinha, Entre Rios, Itaparica,  
535 Mirangaba, Mucuri e Ponto Novo. Citou Mucuri porque a aprovação da CIR tinha chegado essa semana, mas lá tem um  
536 hospital filantrópico para fazerem essa transição de forma tranquila, para não ter outras situações que tinham vindo aqui e  
537 tinham enviado o teto nesse mês. Estava colocando e já tinha sido conversado com os municípios que o teto do município de  
538 Mucuri seria enviado no mês de maio - competência junho, apenas para deixar claro e garantir que essa transição ocorresse de  
539 forma correta. Relembrou que o gestor já sabe, que tem um acordo de cavaleiros há bastante tempo sobre a rotina da  
540 Bipartite que em ano eleitoral, municipal ou estadual, se faz o intervalo até o final da eleição para nesse período  
541 suspenderem momentaneamente a assunção do comando único, acontecendo a transferência de recurso em geral. Estava  
542 citando comando único porque estavam falando especificamente dos municípios novos que estão assumindo comando único,  
543 logicamente que isso se estendendo à transferência de recursos em geral. **Stela Souza** explicou o que fora colocado e repetiu  
544 que comando único dos municípios de Andorinha, Entre Rios, Itaparica, Mirangaba, Mucuri e Ponto Novo com a observação  
545 que Mucuri só seria a partir do teto de maio - competência junho. Falou que tinha a alteração da Resolução 53, a que Cássio  
546 Garcia explicara, a sugestão sendo que incluíssem já esses municípios, exceto Mucuri, porque este ainda não receberia o MAC  
547 para o Fundo Municipal, ainda estaria no teto do Estado, o Estado que faria o repasse. **Ana Paula Andrade**, Superintendente  
548 da SUREGS saudou a todos e fez o histórico, dizendo que o Secretário podia não ter participado da CIB anterior e eles  
549 disponibilizam sempre no site da CIB e do COSEMS, para terem a apresentação completa e a portaria que prorroga o prazo  
550 para execução até julho de dois mil e dezoito. Mostrou no slide o recurso de dezoito milhões, quinhentos e vinte nove mil reais,  
551 a forma como tinham pactuado a resolução CIB 235, que definiu a distribuição do recurso, a tabela diferenciada. Chamou a  
552 atenção principalmente para os municípios executores, com a portaria 3037, de novembro de dois mil e dezessete, não sabiam  
553 se todos os municípios tinham ficado atentos ao processo de alteração na FPO magnética em relação a esses valores de  
554 procedimentos que tiveram os seus valores alterados e como tiveram os valores de tabela diferenciada para esses  
555 procedimentos, então se não fizessem essa atualização no sistema FPO, os municípios executores e eles não teriam a tabela  
556 diferenciada que fora pactuada na CIB efetivamente sendo executada através dos gestores locais. Esses procedimentos -  
557 mostrou no slide - tinham que ser alterados no sistema, onde tem valor complemento federal, cenário da execução por  
558 município executor, o cenário geral onde, dos dezoito milhões, quinhentos e vinte e nove mil o Estado da Bahia já autorizara  
559 treze milhões, oitocentos e cinquenta mil. Disse que têm esse controle através do Sistema Lista Única, que, além do controle  
560 do acesso, faz o controle da execução financeira. Mas hoje, processado no TabWin, só têm oito milhões, setecentos e  
561 sessenta e oito mil e para essa análise feita tinham considerado efetivamente o que fora autorizado, entendendo que os  
562 procedimentos já foram executados. AIH ou APAC já fora liberada e o processo entre faturamento, processamento do  
563 Ministério e o repasse do recurso ainda não acontecera, mas se ela já tinha dispensado uma faixa numérica para esse  
564 município, já estava considerando esse recurso como efetivamente utilizado. Então hoje tinham utilizado treze milhões,  
565 oitocentos e cinqüentamil, sendo que onze milhões e quatrocentos mil foram utilizados pela gestão estadual, dos oito milhões e  
566 seiscentos mil. Assim, o Estado hoje ele tem um superávit de execução, tendo executado mais do que efetivamente tinha de  
567 recurso. Na gestão municipal tendo de execução apenas dois milhões e quatrocentos mil, dos nove milhões e oitocentos mil,  
568 sendo esse o recurso na verdade da execução hoje, o Ministério não repassaria a mais do que tem na Resolução CIB. Logo,  
569 hoje o Estado está com ônus de excedente de dois milhões e setecentos mil e tem um saldo na gestão municipal de sete  
570 milhões, quatrocentos e trinta e seis mil, caso esse recurso não fosse 100% utilizado. Óbvio que o Estado da Bahia não  
571 devolverá um centavo para o Ministério da Saúde aos 'quarenta e cinco minutos do segundo tempo', que seria na CIB de  
572 junho, eles já pactuariam que esse excedente que o Estado hoje executou através do serviço contratualizado e do sistema lista  
573 única, 100% desse acesso fora sistema lista única, que pudessem utilizar isso para compor o que o Estado já

574 executou efetivamente. No momento estava em discussão o recurso municipal que não tinham utilizado ainda, na ordem de  
575 sete milhões, quatrocentos e trinta e seis mil. Mostrou no slide, por município executor, os que executaram acima de 40%,  
576 sendo o mesmo cenário que tinha trazido na CIB de março, com quatorze municípios que executaram acima de 50%, tinha ali a  
577 execução individual de todos os municípios. Chamou a atenção de São Félix, que não teve excedentes, quando ela  
578 considerava valor autorizado, mas quando ela ia para o TabWin, São Félix executou 100% do recurso que tinha disponível.  
579 Chamou a atenção também para o município Morro de Chapéu apenas, que executou trinta mil a mais do que estava  
580 programado. Perguntou se tinha algum apoiador de Morro de Chapéu, que o município utilizou um valor diferente do que  
581 estava pactuado em CIB para esse procedimento mostrado no slide e falou que esses valores variam na diferença de oito reais  
582 até o valor de quinhentos e vinte e cinco reais a mais do que estava sendo autorizado. Acontecendo que a base local, onde  
583 tinham orientado que os municípios utilizassem o complemento, que fora exatamente uma planilha anterior, que ela chamara  
584 atenção dos municípios que corrigissem os valores que tinham sido alterados e ampliados pela portaria 3.037, é de  
585 responsabilidade do município. Se o município quisesse colocar cinco vezes mais do que o pactuado, simplesmente teria a  
586 autonomia de fazer, o que eles, estado, fariam seria uma avaliação posterior, onde cruzariam o que tinha sido pactuado, o que  
587 efetivamente fora executado, infelizmente só conseguiriam pegar isso no momento da avaliação, mesmo do executado. Antes  
588 disso não tinha como, porque quando ela autorizava a AIH, ela estava autorizando o procedimento, o processamento dessa  
589 AIH onde ela teria lá o valor financeiro a ser atribuído àquele procedimento, sendo no ato do processamento mesmo. Isto  
590 sendo algo que o Estado não tem como pegar, mas eles oficializariam o município que o correto nesse caso seria reprocessar  
591 a sua base do SIH, corrigindo os valores. Acreditava que tinha sido um equívoco na hora da distribuição financeira por  
592 procedimento na FPO. Mostrou os municípios que executaram 50%, tinham uma programação de seis milhões e quatrocentos  
593 mil, tendo sido efetivamente autorizados um milhão, cento e oitenta e três mil. Dos nove milhões e novecentos mil que estavam  
594 programados para esses municípios que já executaram acima de 50%, já tinham sido executados doze milhões. Mas quando  
595 ela tirava os três milhões do Estado da Bahia executados a mais, ela tinha dois milhões e setecentos mil excedentes do  
596 Estado, tenho ainda um percentual de execução. Tinha que tirar individualmente, e deu exemplo de Caitité, que tinha cento e  
597 quarenta e três mil, já tendo executado 88%, esses municípios não tinham entrado na proposta de redução, considerando que  
598 eles não vinham tendo um desempenho de execução. E teoricamente eles alcançariam 100% até a competência julho, já que  
599 esse cenário representa tudo que tinha sido autorizado até dezessete de abril de dois mil e dezoito, mais precisamente toda a  
600 produção de março. Os municípios que produziram abaixo de 50%, que tinha sido a sua linha de pactuação, todo mundo que  
601 produziu abaixo de 50% eles fariam uma avaliação para redução desse recurso e uma nova pactuação. Trouxe as informações  
602 do que tinham encontrado de números: do recurso pactuado para esses municípios, de seis milhões e quatrocentos mil, já  
603 tinham sido autorizados um milhão, cento e oitenta e três mil, tendo de saldo cinco milhões, duzentos e trinta e sete mil. Desse  
604 valor, eles deveriam repactuar dois milhões e oitocentos mil, porque 50% do valor, que fora o que tinham pactuado: retirar 50%  
605 de quem executou abaixo de 50%. Mostrou os municípios que não fizeram nenhuma execução, os de maiores destaque sendo  
606 Feira de Santana e Ilhéus, municípios que juntos somam quase um milhão de recurso sem execução, nem uma autorização  
607 executada com faixa FAEC. Disse que cem por cento dos municípios que estão utilizando o recurso da cirurgia eletiva têm  
608 obrigatoriamente de usar o sistema lista única para o processo autorizativo, isso fora uma forma de controle que tinham tido em  
609 tempo real para avaliar, sendo até dezessete de abril de dois mil e dezoito. Chamou a atenção do Município de Catu, que tem  
610 um recurso pequeno na gestão municipal - esse excedente mostrado no slide - porque ele autorizou e também o Estado é  
611 executor do recurso de Catu para a região de Alagoinhas. E como tinham autorizado as AIH para que fossem processadas  
612 através da gestão estadual - e no momento do processamento o gestor é quem define onde vai processar a conta - aí Catu  
613 equivocadamente processou a mais sete milhões, oitocentos e sessenta mil na gestão municipal e deveria ter processado na  
614 gestão estadual. Informou que tem quarenta municípios sem nenhuma execução até dezessete de abril de dois mil e dezoito,  
615 sem nenhuma autorização, cujo recurso é dois milhões, cento e vinte e três mil. Então a proposta seria que eles utilizassem  
616 50% do recurso dos municípios que executaram abaixo de 50% que daria uma ordem de dois milhões e oitocentos mil, mais  
617 um milhão e sessenta e um dos municípios que não executaram nada, porque é a proposta que tinham feito na CIB anterior. A  
618 proposta fora da avaliação da execução por trimestre, esse de janeiro a março de dois mil e dezoito, a nova pactuação na CIB  
619 de abril com o remanejamento dos recursos dos municípios que executaram abaixo de 50% no primeiro trimestre, trouxera só  
620 para lembrar qual fora a proposta de pactuação, utilizando a mesma lógica de rateio definido na portaria 1. 294, aquelas  
621 lâminas iniciais. **Ana Paula Andrade** apresentou também os procedimentos que foram mais executados, dos 89  
622 procedimentos, de todos os gestores municipais que apresentaram e que tiveram a execução, 15 foram mais executados.  
623 Tendo a FACU com maior execução financeira e também física, a colecistectomia é o segundo procedimento, histerectomia  
624 total é o terceiro procedimento em ordem física e financeira e tem 2.633 procedimentos que já foram executados pela gestão  
625 municipal. Na gestão estadual também, os 15 procedimentos mais executados de um rol de 55 procedimentos que foram  
626 executados, sendo a FACU com maior execução, seguido de colecistectomia e histerectomia. Então se fosse observado, o  
627 estado segue a mesma predominância da gestão municipal, através dos seus prestadores contratualizados. Apresentou a  
628 demanda do Lista Única, em que se pactuou que 50% dos recursos não executados de quem teve uma execução inferior a  
629 50%, deveriam ser 50% desse recurso repactuado. Chamou a atenção de que tem 415 municípios com demanda cadastrada,  
630 não foi identificada a demanda cadastrada para Sátiro Dias e São Desidério, mas os outros têm demandas cadastradas na  
631 cirurgia eletiva e explicou o que é cirurgia eletiva e o que é demanda do município: cirurgia eletiva ocorre quando os municípios  
632 já utilizam o Sistema Lista Única, que já tem um prestador vinculado, seja através de mutirão ou através de contrato regular  
633 que o Estado tem em todas as regiões de saúde. Assim se tem a quantidade de cadastro de cada um dos municípios com a  
634 sua cota financeira. Na demanda do município explicou que são cadastros de pacientes, de procedimentos que provavelmente  
635 não estão inseridos no contrato das cirurgias eletivas onde aquele prestador tem, exemplificando com a região de Itabuna,  
636 nenhum prestador realizando procedimento de artroplastia. Então o município que está vinculado a este serviço pode cadastrar  
637 a demanda de artroplastia na demanda de cirurgias, porque isso é exatamente uma fila de cadastro onde se identificaria a  
638 demanda reprimida existente. Falou que o montante financeiro deu uma ordem de R\$ 58.305.000 e, desse valor, R\$  
639 32.000.000 estando relacionado a cirurgia eletiva com demanda já cadastrada, vinculada aos serviços e R\$ 26.000.000 de  
640 demandas que ainda não tem, sendo municípios vinculados aos serviços ou, no caso de municípios que o seu executor é um

641 município de Comando Único, ela não tem o controle desse acesso e da sua execução, onde ele pode ter cadastrado. Mas já  
642 pode ter executado essa demanda através do município Comando Único. Quanto à demanda por procedimento, informou que,  
643 com relação aos R\$ 58.305.394,65, ela tinha buscado a distribuição por procedimento e qual a demanda que se tem de  
644 procedimento para ser executado. Chamou a atenção para um procedimento que tem buscado um serviço e levou como uma  
645 solicitação e uma proposta, de alteração no valor que vêm praticando atualmente, possibilitando ao estado praticar um valor  
646 diferenciado para viabilizar o de adenoidectomia com amigdalectomia, onde se tem atualmente 2.948 procedimentos de  
647 demanda reprimida cadastrados, tendo uma fila de espera, apenas nas OSID, de 1.200 pacientes, de um total de 2.003.  
648 Destes 1.200, 900 são crianças até 15 anos e ela vem trabalhando numa proposta dentro dos procedimentos que tem feito em  
649 mutirão, incluir também esse procedimento, já que é um procedimento que não têm conseguido contratar os serviços já  
650 ofertados, como por exemplo, OSID, uma larga escala dele com o valor que pratica que é o valor da tabela SUS dobrada.  
651 Então atualmente tem dificuldade de contratar, como pôde ser visto, no caso de amigdalectomia é o 13º procedimento, e entre  
652 os trinta procedimentos pode-se encontrar os três: amigdalectomia, adenoidectomia e amigdalectomia com adenoidectomia.  
653 Informou também que atualmente há 803 pacientes cadastrados no Lista Única para execução de amigdalectomia com  
654 adenoidectomia. Na planilha apresentada demonstrou a posição dos procedimentos, sendo adenoidectomia no 26º lugar, com  
655 o quantitativo de 576 e amigdalectomia em 30º lugar, com 372. Quanto a essas informações, disse que levava para a CIB uma  
656 alteração para o valor da tabela que está se praticando atualmente, certamente que com complemento da gestão local. Neste  
657 caso o estado estaria se propondo a pagar 3 vezes a tabela SUS para se dar vazão a quase 3.000 procedimentos de  
658 amigdalectomia com adenoidectomia que tem cadastrado no sistema Lista Única e que se tem de Demanda Reprimida em  
659 alguns hospitais a exemplo das OSID, que se tem conhecimento da fila, para isso se precisaria melhorar o valor. O valor da  
660 Tabela SUS de amigdalectomia com adenoidectomia é de R\$ 348,00, e já estava praticando R\$ 696,00, mas mesmo assim  
661 ainda não tem adesão dos serviços, a idéia seria que se colocasse mais um valor, mais o custo da tabela SUS e assim ficaria  
662 R\$ 1.044,00 para adenoidectomia, para amigdalectomia de R\$ 613,00 passaria para R\$ 919,00 e para amigdalectomia com  
663 adenoidectomia de R\$ 674,00 para R\$ 1.011,00, o que não significava que seria remunerado pelo Ministério da Saúde, porque  
664 este só remunera até no máximo 100% do valor da tabela, mas o Estado está se propondo a contratualizar esses  
665 procedimentos com o valor 3 vezes maior, onde esse valor a mais será remunerado com fonte do tesouro para que se dê  
666 vazão a essa demanda. A cirurgia eletiva permaneceria com esse valor, mas precisaria que se publicasse uma resolução CIB  
667 para respaldar o estado na contratualização com esse valor de tabela e que tinha que ser aprovado na CIB, possibilitando que  
668 o gestor local, e se tivessem outros municípios que também quisessem praticar esse valor de tabela, ficava também aberto  
669 para que praticassem um valor de tabela que fora aprovado em CIB, possibilitando a execução desses procedimentos. **Odilon**  
670 **Rocha** questionou se já se tratava de pactuação por ser muito precoce, sugeriu levar para o GCE, pois sobre este assunto ficara  
671 sabendo que se dá um prazo de pelo menos uma semana para fazer uma discussão e depois se publicar uma *ad referendum*.  
672 Mas achou muito 'em cima da hora' ver esses números e votar pela aprovação. **Stela Souza** não discordou, mas esclareceu  
673 que estava vendo também neste momento e estava entendendo que tem um grande problema de execução de cirurgia eletiva,  
674 que precisaria resolver isso porque já completaria um ano, tendo recurso parado e precisava, esse sim, que o Grupo Condutor  
675 verificasse urgentemente para resolver, porque teriam que remanejar esse recurso, já que julho estava chegando. Questionou  
676 se teria que devolver todo esse recurso, não só o recurso recebido como também FAEC a receber. O que ela achava que tinha  
677 entendido tinha sido que, dentro do valor da tabela diferenciada já aprovada em CIB, esta sim, utilizando o recurso de cirurgia  
678 eletiva, o Estado está propondo dobrar este valor com recurso próprio do estado. Ela disse que entendia como gestora e todos  
679 os secretários sabem que não conseguem fazer cirurgia de amígdala e de adenóide. Perguntou se alguém tem demanda  
680 reprimida, porque com certeza todos têm, ressaltou. Disse que se o estado está se propondo a pagar essa diferença, não via  
681 porque dizer não. Da mesma forma municípios executores e que têm condição de fazer, pode ter o profissional que faça,  
682 porém o profissional não faz por esse valor, acreditando que essa demanda reprimida é gerada por causa do valor, porém essa  
683 abertura devia ser para o Estado e para o município, não podia ser apenas para o estado. Essa foi a sugestão que deixou,  
684 achando que não dava para essas crianças ficarem esperando na fila, como na fila das OSID, como fora colocado por Ana  
685 Paula Andrade, que não é essa lista que está esperando e simplesmente dizer não, porque primeiro tem que ir para o Grupo  
686 Condutor. Colocou que isso não é matéria do GCE, que a matéria é na verdade a cirurgia não realizada do projeto cirurgia  
687 eletiva do Ministério da Saúde. **Odilon Rocha** ressaltou que não estava jamais contra o estado aumentar o valor, embora  
688 tivesse percebido que existe alguma dificuldade técnica, porque naquele em que o estado vai fazer a contrapartida ele só  
689 poderia passar a contrapartida na instituição que ele tiver contratualizado através de algum contrato, sendo contrato 1 ou 2 ou  
690 contrato 3, ele não poderia colocar nenhum recurso novo na relação dos outros municípios, sendo uma coisa específica para o  
691 estado fazer. O que estava discutindo é o resto do dinheiro que achou que precisariam verificar o que o estado vai fazer, que  
692 precisavam fazer uma discussão sobre como seria a distribuição, quais os critérios. Acrescentou que Ana Paula Andrade  
693 colocara que, dentro desse sistema, tem um ápice cirúrgico que tem uma demanda reprimida importante e ninguém quer fazer,  
694 mas isso cria também, em longo prazo, a vontade de outros também quererem fazer a mesma proposta, essa mesma pressão,  
695 estão criando uma coisa que podia criar dificuldade no futuro, mas também tinha uma situação extremamente importante, que  
696 é cirurgia de amigdalectomia que ninguém quer fazer porque o preço do SUS é extremamente ridículo e tem uma proposta.  
697 Ressaltou que o Grupo Condutor reunisse, verificasse e autorizasse publicar uma resolução CIB *ad referendum*. **Stela Souza**  
698 acrescentou que o Grupo de cirurgia eletiva já existe, o mesmo que tinha se reunido - achava que Marta Rejane faz e Odilon  
699 fazem parte - não sendo o GCE todo, o Grupo de cirurgia eletiva se reuniria no próximo dia 25, teriam reunião do executores de  
700 oncologia e muitos deles são desse grupo, fazerem essa proposta de remanejamento, porque realmente não daria tempo.  
701 Quem não executou nada até agora não executaria nada e com relação ao valor da amigdalectomia e da adenoidectomia, não  
702 existe. **Cássio Garcia** questionou que o *ad referendum* proposto por Odilon Rocha seria da redistribuição para os valores. Se  
703 assim fosse, a CIB tinha que aprovar que se remanejasse. **Stela Souza** falou que dissera duas coisas: o valor que o estado  
704 está propondo, que tanto ele como outros municípios pudessem complementar com recurso próprio, aí claro que não seria de  
705 cirurgia eletiva, dobrando o valor da cirurgia de amígdala e de adenóide ou amigdalectomia com adenoidectomia, isso sendo  
706 uma coisa que se colocara em votação, que não é o que Odilon dissera. A outra coisa tinha sido o remanejamento do recurso  
707 de execução que está parado, o município sem executar ou tendo executado menos de 50%, e já tendo um ano praticamente,

708 não daria tempo de executar até julho. Enquanto isso tem município já com o teto estourado, então isso seria o próprio Grupo  
709 de Trabalho que discutiria este que Odilon tinha sugerido e ela achava que todos concordavam que fosse uma *ad referendum*.  
710 **Cassio Garcia** falou que era exatamente sobre isso que ele queria a concordância de todos presentes e acrescentou que tem  
711 municípios que têm o valor quase que irrisório, e que teriam que pensar já num remanejamento e deixaria para o Grupo de  
712 Trabalho decidir isso. **Tatiane Rebouças Cruz de Carvalho**, Secretária de Mata de São João, colocou que o município foi um  
713 dos que não executou, no primeiro momento teve os primeiros três meses até o final do ano para executar e, como este  
714 município, tem muito bem delimitado quais as suas ações em contrato, teria que fazer um novo contrato. Percebeu que a  
715 segunda prorrogação foi mais três meses, um período curto para um município executar uma contratação e realizar um serviço,  
716 mas estava sendo estabelecidos novos três meses, ou seja, se o tivesse município visto que não conseguiria contratar há três  
717 meses, ele veria agora que não contrataria em três meses também. Então têm acontecido essas prorrogações de três em três  
718 meses e dificultando o município que não executa o serviço a fazer a contratualização e executar. Além do mais, os municípios  
719 que estão ali em momento, nenhum pelo menos falando por Mata de São João, fora chamado para discutir isso regionalmente,  
720 inclusive na última CIR ela tinha solicitado que chamassem a equipe de cirurgias eletivas para que fosse discutido com a  
721 gestão a execução desses recursos, não só esse como outros também e que precisa executar e fazer um plano de ação para  
722 apresentação. E tem muitas ações tipo a PPI, que se discutiu em regional na CIR e junto com os municípios tinham conseguido  
723 encontrar soluções muito criativas e de bom consenso para conseguir resolver e tinha lhe estranhado muito o fato de ter  
724 recebido um pacote pronto, dizendo que perderia o dinheiro por não ter executado no prazo e sem contar que durante algumas  
725 vezes entrara em contato com um setor que não lembrava o nome no momento, pedindo orientações com relação à cirurgia  
726 eletiva e a informação que lhe fora dada tinha sido que tem multiplicadores formados, inclusive a Fernanda estava na CIR na  
727 época e até lhe dera orientações. Ela fora na administração central da SESAB, não fora recebida pelos funcionários da  
728 SESAB, Fernanda estava em uma reunião e ela que deu orientações sobre algumas coisas da Cirurgia Eletiva e do que ela  
729 precisava fazer e ela sempre tivera dificuldade de ter esse acesso para tirar as dúvidas. Isso não tinha levantado apenas na  
730 CIB, levantara em CIR e não concordava com a retirada do município, ela achava que antes de mais nada tinha que ser  
731 discutido em regional e nos municípios quais os graus de dificuldade e quem tinha aberto mão disso e quem assumira o ônus  
732 de perder ou de criar um prejuízo, porque acreditava que todo mundo é responsável e ninguém criaria uma situação de perder  
733 um recurso para o estado da Bahia sem a responsabilidade disso. Declarou que às vezes tem a impressão de que são tratados  
734 como se fossem irresponsáveis. Então achava que deveriam tratar com um pouco mais de respeito com relação a isso e que  
735 tinha que ser discutido em regional e nos municípios, e estes receberem orientações, um exemplo muito importante o da PPI,  
736 pelo que entendera todos tinham interesse no remanejamento da PPI, feitas oficinas, reuniões em macrorregiões e em CIR,  
737 porque eles queriam que isso acontecesse, ela não sentiu a mesma coisa quanto à Cirurgia Eletiva, sentiu muita dificuldade de  
738 informação, se prontificou a ir à SESAB para receber as informações que precisava, não recebera, um multiplicador do  
739 COSEMS que a tinha orientado com algumas informações e não tinha sido esclarecedor, porque tinham coisas que só a  
740 SUREGS poderia resolver e achou que isso não deveria ser definido assim, sabia que a sua voz ali não era significativa ou não  
741 tinha um peso para que todos tomassem uma decisão, mas na opinião dela isso não deveria ser aprovado. **Ana Paula**  
742 **Andrade** perguntou à secretária municipal de saúde de Mata de São João quanto tempo ela está na gestão do município e  
743 **Tatiane Rebouças Cruz de Carvalho** respondeu que há seis anos. **Ana Paula Andrade** informou que, estando ela no estado  
744 há mais de doze anos, acreditava que cirurgias eletivas foi o processo mais democrático de rateio de recursos de cirurgias  
745 eletivas que aconteceu tinha sido o de 2017, entendo em gestões anteriores nas quais fizera parte também, o Estado trazia o  
746 pacote, constando qual a execução, quanto ficava no teto do Estado e quanto sobrava para os municípios executarem. Esse  
747 ano não, ela fizera um processo democrático, onde se criou um sistema desde o ano de 2016 em que a demanda tinha sido  
748 cadastrada pelos municípios, tendo orientado, capacitado, sinalizado diversas vezes e Mata de São João fora convidado. Ou  
749 seja, houve a capacitação, ela não tinha dúvida que os municípios têm dificuldades na contratação, na operacionalização e  
750 infelizmente ela só tinha dois profissionais para todo o Estado. Falou que quando ela pede o apoio dos Núcleos Regionais e  
751 dos apoiadores do COSEMS, era exatamente por entender que a SUREGS não tem pernas para dar atenção devida aos  
752 municípios, mas com o intuito de capacitar e multiplicar a informação, essa era a função do apoiador. Em relação à questão  
753 posta, falou da Portaria de janeiro de 2017, prorrogando o prazo para julho, então esse prazo infelizmente não condizia com a  
754 fala da secretária, onde ela diz que por três meses fora novamente repactuado por mais três meses. Com o cuidado que o  
755 estado tivera de comunicar aos municípios o prazo que o Ministério da Saúde tinha estabelecido até dezembro, em janeiro o  
756 Ministério da Saúde estava prorrogando para julho, comunicado oficialmente para todos os municípios, inclusive com o apoio  
757 do COSEMS na distribuição desse ofício e na CIB de março tinham pactuado, com a preocupação da não execução dos  
758 municípios e para que o Estado não perdesse recurso. Entendendo que o recurso do estado é dos 417 municípios da Bahia, o  
759 Estado enquanto executor não executa através das suas unidades da Rede Própria, mas através dos municípios que são  
760 contratualizados através de serviços públicos ou privados, com vários exemplos de hospitais públicos que hoje estão  
761 contratualizados pelo estado para executar na região e o processo do município em que o executor não foi do estado os  
762 gestores municipais que definiram os executores, nas reuniões de CIR isso inclusive que protelou e só permitiu aprovar  
763 resolução CIB definindo efetivamente quanto era dos R\$18.000.000,00 que ficava para cada município executor apenas do  
764 mês de novembro. Então pedia perdão por ter que discordar dela e tinha participado do processo de cirurgias eletivas desde o  
765 início em 2006, tendo chegado no estado em 2007, então acompanhou todo o processo e esse ano de 2017 fora o ano mais  
766 democrático de execução desse serviço. Um ano em que se executou pela demanda que tem cadastrada em tela, que é a  
767 necessidade dos municípios e não de uma demanda que o Estado está querendo executar por conta própria, então pedia  
768 desculpas pela impossibilidade de atender da forma que os municípios merecem ser atendidos, mas não atendia não porque  
769 não queria, mas porque infelizmente não tinha recursos humanos suficientes para atender a todos como deveriam ser  
770 atendidos. Mas na medida do possível os técnicos, principalmente da SUREGS, e de toda a SESAB, fazem sim todo o esforço  
771 para atender dentro do que humanamente é possível. Deixava publicamente as suas desculpas para o município de Mata de  
772 São João e para outros municípios que por ventura não tivessem conseguido o acesso que tanto buscavam da informação nesse  
773 processo. **Ana Cristina, assessora técnica do município de Ubaitaba**, perguntou a Ana Paula Andrade, como fora dito na  
774 reunião da CIB anterior com relação aos prestadores, porque no mutirão passado, na CIR tiveram que negociar quais seriam



775 os prestadores dos procedimentos que tinham colocado na lista, porém a CIR de Itabuna estava em cima do prazo e não tinha  
776 como ela conversar com outra CIR. Então o município de Ubaitaba e outros municípios queriam fazer as cirurgias em Jequié e  
777 ligaram para a CIR de Jequié. Informou que precisava, antes de tudo, nessa reunião da CIR, saber em quais são os  
778 prestadores, por exemplo, na sua região tem cirurgia de ortopedia com demanda alta, tem cirurgia de próstata com demanda  
779 alta e cirurgia pediátrica. As outras cirurgias, falando por Ubaitaba, se conseguiu resolver em Jequié, tanto que verificara na  
780 tabela apresentada que Jequié passou dos 50%, porque da CIR de Itabuna alguns municípios como Ubaitaba, Gongogi, Ubatã,  
781 Itapitanga, optaram por Jequié, quando Itabuna só veio realizar cirurgias eletivas já em dezembro e janeiro, então isso dificultou  
782 se saber. Como estão entrando esses procedimentos que estão com a demanda alta, então precisavam saber qual é o  
783 prestador e acrescentou que ficara acordado com Ana Paula Andrade que mandaria isso para a CIR, então estava ali cobrando  
784 isso. **Ana Paula Andrade** respondeu que isso já fora enviado e desde o início do processo ela passara para os coordenadores  
785 de núcleo, para Welber, todos os prestadores executores que tinham. **Ana Cristina, assessora técnica do município de**  
786 **Ubaitaba**, questionou como que seria a fala da CIR de Itabuna com as outras CIR, caso, por exemplo, a cirurgia de ortopedia  
787 viesse a ser em Salvador, se teria que se passar o acordo pela CIB, se o prestador executaria essa cirurgia, não fosse de  
788 Itabuna, porque até hoje não teve prestador. **Ana Paula Andrade** informou que infelizmente teriam procedimentos que não tem  
789 prestador para ser executado, quando leva o problema da amígdala, é um exemplo disso, então essa questão dos executores  
790 sem oferta do serviço. Falou também que estava potencializando os serviços, os hospitais, para ofertar isso e que nesse caso  
791 ficara tudo resolvido, ainda que não fosse pela cirurgia eletiva, mas estaria tudo resolvido. **Maria Lucimar**, Secretária de Saúde  
792 de Salvador não concordou com a colocação da técnica da SESAB, porque não tem um ano que se iniciou o Projeto Cirurgias  
793 Eletivas, pois a resolução CIB saiu no final de outubro de 2017, e Salvador já está com todos os hospitais contratualizados e o  
794 seu elenco de procedimentos difere do que estava ali, tinham feito um elenco de cirurgia ortopédica de alta complexidade e  
795 não abriam mão do recurso de Salvador. Então remanejar teto de município que não executou, sem saber o que está em  
796 andamento e o que está programado, ela não concordava, um assunto que tinha que se levar ao Grupo Condutor para  
797 discussão e não podiam ser surpreendidos com demandas sem nenhuma discussão nos Grupos Técnicos onde devem ser  
798 discutidos para se levar para a CIB. Então Salvador não abria mão do teto e não concordava, até porque uma planilha dessa  
799 tinha que ser aberta e questionou sobre a planilha, a partir de quando os dados foram tabulados, qual a competência, porque a  
800 data de 17/04 tinha que ter um tratamento dos dados diferenciados e o campo para se trabalhar planilha e dados é em Grupo  
801 Condutor e não em CIB. Então não concordava com a redução nem retirada de teto de Salvador, por não ter executado menos  
802 de 50%, porque ainda tinha como cumprir a meta até o período definido em reunião de CIB. **Odilon Rocha** disse que foi  
803 apresentada uma proposta que devia ser avaliada e balizada pelo GCE e gostaria que “a moça” estivesse presente porque se  
804 sentira ofendido pelo que ela falou. Informou que tinha tido um comportamento extremamente republicano, considerou que este  
805 processo tivera várias etapas e que estão atrasados por isso, de se dar sempre um tempo a mais e achou também que Ana  
806 Paula Andrade fez uma apresentação onde disse logo que poderia ser um caminho, mas que se deveria discutir onde tivesse  
807 presença de vários municípios e ali a CIB lhes daria uma autorização para que pudessem construir uma resolução, porque se  
808 não construísem uma resolução ad referendum, ninguém faria nada, esperariam outra reunião de CIB. Enfatizou que Stela  
809 Souza falara uma coisa que achava que teria uma dificuldade, questionando, se o município de Salvador fizesse  
810 amigdalectomia, se o Estado daria o “plus” ou só faria o “plus” quando este credenciasse e autorizasse o prestador. **Ana Paula**  
811 **Andrade** respondeu que para o estado fazer este “plus” precisa de dois valores antes, o terceiro é o do Estado, e para o  
812 estado receber os dois valores antes, tem que contratar o serviço, processar e pagar a conta, o que não estava dizendo ali que  
813 os pacientes de Salvador seriam excluídos do processo de execução pelo Estado. disse que 417 municípios compreendem  
814 quase 3.000 pacientes em fila de espera e em nenhum momento ela chegara dizendo que, dos 2.900, quase 3.000 pacientes  
815 que estão na fila, 2.000 são de Salvador e não trabalharia com esse público alvo. O que o estado estava informando é que com  
816 esse valor complementar o Estado conseguia contratualizar serviço, para que ela conseguisse executar com três vezes a  
817 tabela, porque duas não estava conseguindo. Tem uma fila de quase 3.000 crianças precisando fazer o procedimento cirúrgico  
818 em toda a Bahia, ela não tinha a definição de quanto é de cada município, mas tem já cadastrada essa demanda e que abriria  
819 para fazer de todos os 417 municípios, obviamente que contratualizados por serviços do Estado. Porém se os prestadores que  
820 atualmente atuam em Salvador, tivessem interesse em participar desse credenciamento, ele estaria aberto, isso nada impedia  
821 que os serviços hoje contratados por Salvador pudessem ser contratados pelo Estado, para que o Estado executasse esse  
822 valor com o complementar do tesouro do Estado. **Odilon Rocha** ressaltou também que quem estava falando era um secretário  
823 que o seu município tem R\$500.000,00 na cirurgia eletiva, pela Portaria do Ministério da Saúde e que por uma questão  
824 democrática resolvera estabelecer que a maioria estabeleceu que teria uma Lista Única e todos tinham obedecido e assim  
825 tinha saído de 493.000 e ido para uma terceira reciclagem, de 77.000. Então precisava ter algumas situações de que na  
826 realidade eles tinham mandado para a CIR, onde tiveram discussões extremamente importantes, fizeram, apresentaram isso  
827 várias vezes no Grupo Condutor, mas tem municípios que tomaram o dinheiro e não produziram nada. Historicamente tem  
828 município na Bahia que todo ano se deposita um quantitativo de recurso e o mesmo não gasta e esse dinheiro é devolvido e  
829 isso se chama crime, porque eles têm necessidade absoluta de gastar. Se o município não gastou por questões operacionais é  
830 uma coisa, mas não gastar e não dar importância e não dar uma resposta é outra coisa. Fez uma orientação que eles  
831 pudessem marcar já aqui a reunião para se discutir tudo o que Ana Paula Andrade colocara, quem teria saldos, qual a  
832 expectativa, pois o que ela tinha falado tinha sido apenas uma apresentação, porque foi dito que em abril/2018 seria feita uma  
833 apresentação, o que mostrava que o COSEMS deveria fazer também, pois o Estado tinha ido com uma proposta, o COSEMS  
834 já deveria ter uma proposta pronta, porque isso fora aprovado na CIB de fevereiro. **Cássio Garcia** considerou que todas as  
835 colocações tinham dirimido muitas dúvidas, porque eles vêm com as cirurgias eletivas desde julho/2017, quando tinham  
836 começado, o Ministério dera um prazo até dezembro, lembrando que no primeiro momento o Ministério dissera que não teria  
837 prorrogação nenhuma, com a pressão dos municípios e dos estados que o Ministério tinha retomado o processo e dera um  
838 novo prazo até julho/2018. Nesse sentido estavam quase todo o mês tratando disso lá na Bipartite, e nesse momento foi uma  
839 apresentação, tendo tido sim uma pactuação da alteração do valor de três procedimentos, para se conseguir executar, então  
840 não tinha pouco tempo essa discussão e falou que deixaria Hassan finalizar, mas a pactuação tinha ficado clara. **Hassan**  
841 **lossef** perguntou se tinha ficado clara realmente a pactuação dos três procedimentos e disse que levaria para discussão no



842 Grupo a apresentação. **Cássio Garcia** sugeriu marcar logo a data da reunião, podendo ser dia 25/04 ou 26/04. **Hassan lossef**  
843 falou que dia 24/04 teria um evento então seria um bom dia porque o pessoal estaria em Salvador e **Cássio Garcia** perguntou  
844 a Ana Paula Andrade qual seria a melhor data para ela. **Ana Paula Andrade** disse que poderia ser 24/04/2018 à tarde.  
845 **Cássio Garcia** marcou então a Reunião do Grupo para 24/04/2018 à tarde. **Hassan lossef** agradeceu a presença de todos e  
846 finalizou a 258ª Reunião da CIB, declarou encerrada a sessão, informando a próxima reunião para o dia 17 de maio de 2018,  
847 às 14 horas. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde  
848 Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, (Andressa Braga, Michele Torres, Naiara Brandão e Silvana Salume), eu,  
849 Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros,  
850 após lida e aprovada. Salvador, 19 de abril de 2018.

851  
852 Fábio Vilas-Boas Pinto \_\_\_\_\_  
853 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
854 Suplente: Hassan lossef \_\_\_\_\_  
855 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
856 Suplente: Alexandro dos Santos Miranda \_\_\_\_\_  
857 Cássio André Garcia \_\_\_\_\_  
858 Suplente: Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_  
859 Ana Paula Dias de Santana Andrade \_\_\_\_\_  
860 Rívia Mary de Barros \_\_\_\_\_  
861 Suplente: José Cristiano Sóster \_\_\_\_\_  
862 Maria Lucimar Alves de Lira Rocha \_\_\_\_\_  
863 Suplente: Maria Rosania de Souza Rabelo \_\_\_\_\_  
864 Suplente: Charles Pereira de Souza \_\_\_\_\_  
865 Luciano Ferreira da Mota \_\_\_\_\_  
866 Suplente: Luiz Pinho Resende \_\_\_\_\_  
867 Odilon Cunha Rocha \_\_\_\_\_  
868 Suplente: João Rodrigues de Góis Junior \_\_\_\_\_