

Aos dezenove dias do mês de junho 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, 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, Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho, Luciano Ferreira da Mota e Odilon Cunha Rocha e da suplente Alcina Romero Boulosa. Às 14 horas e 30 minutos, a **Coordenadora Adjunta** declarou aberta a sessão, informando que faltava apenas um membro para completar o quórum, portanto não poderia ter nenhuma deliberação, mas para adiantar iniciaria com os Informes 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** Ofício Circular nº 1/2018/COGPAB/DAB/SAS/MS – Assunto: Prazo para implementação das Notas Técnicas 404 e 405/2018, referente à solicitação de credenciamento de equipes de saúde que atuam na Atenção Básica e à solicitação de crédito rotativo – Nanci informou que já foi encaminhado para o email do COSEMS, dos Núcleos Regionais de Saúde e Secretarias Executivas das CIR, para ser divulgado e esclareceu a inclusão deste ponto devido à solicitação do DAB/MS, que estaria hoje aqui na Bahia, mas não puderam comparecer. E disse que ficou também de ser feita uma nota esclarecedora pela DAB/SESAB posteriormente e referiu que este ofício do Ministério com a Nota foi disponibilizado nas pastas dos membros da CIB, para se apropriarem. **1.2** SAFTEC/DASF informa que no período de 01 a 31/07/2018, os municípios podem pleitear, junto à Secretaria Executiva da CIB, mudança da forma de repasse da contrapartida federal do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme Resolução CIB nº 255/2017. O técnico da DASF, **Marcelo Paixão**, esclareceu as formas de repasse: fundo a fundo, em que o recurso federal vai diretamente para o fundo municipal e o município tem mais autonomia para gerenciar esse recurso vindo do fundo federal. Ou então o modelo de gerenciamento estadual, em que o recurso do fundo federal vai para o fundo estadual, o estado gerencia esse recurso, compra medicamento e passa para o município. Então tem o formato fundo a fundo e o formato de gerenciamento estadual e é importante conversar com os farmacêuticos do município para saber qual o melhor formato para o município, e solicitar mudança se for o caso. Relatou que em fevereiro houve a mudança de dez municípios, alguns pediram para o formato de gerenciamento estadual, outros para o formato fundo a fundo e agora em julho os demais municípios terão oportunidade de mudar suas formas de repasse. Ressaltou que a mudança não é rápida, quem tinha pedido em fevereiro está acontecendo agora em julho e quem pedisse em julho provavelmente só deveria ser contemplado em 2019. **Stela Souza** acrescentou que há algum tempo o estado abre nesse período para os municípios fazerem a opção e observou que em torno de cento e setenta municípios ainda estão com o recurso federal sob gestão do estado e lembrou que esse movimento começou há uns dois anos, quando os municípios solicitaram ao estado para abrir esse espaço e imediatamente quase duzentos municípios pediram mudança para o repasse fundo a fundo. E informou que agora está aberto de novo até 30 de julho, para os que quisessem solicitar à DASF, lembrando que o Ministério demora a fazer esse processo. Dessa forma, solicitando agora possivelmente só serão atendidos em janeiro de 2019. **Nanci Salles** prosseguiu a leitura dos Informes: **1.3** Secretaria Executiva da CIB informa que se encontra disponível no site da CIB o Relatório de Atividades da CIB de 2017. **1.4** Conselheiro Marcos Antônio Sampaio, do CES: informe sobre a Educação Permanente para Conselheiros (as) de Saúde – foi solicitada a retirada deste ponto, ficando para momento oportuno. **1.5** Foram publicadas as seguintes resoluções ad referendum: Aprovadas. Informou o quórum da reunião com a chegada do membro Ivonildo Dourado.

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
126/2018	18/05/2018	Aprova <i>ad referendum</i> a Proposta nº 911221/18-001, Emendas Parlamentares nos 27460002 e 13550002, para ampliação de unidade de atenção especializada em saúde – Hospital Municipal de Mundo Novo, no município de Mundo Novo.
143/2018	30/05/2018	Aprova <i>ad referendum</i> o remanejamento do Teto de Terapia Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da competência MAIO/2018.
144/2018	13/06/2018	Aprova <i>ad referendum</i> as Propostas dos convênios nos 905816/18-006, 905816/18-007, 905816/18-008 e 905816/18-009, de ampliação e reforma para implantação dos serviços de oncologia e cardiologia localizados, respectivamente, no Hospital Regional Mário Dourado Sobrinho – CNES nº 4026896, no município de Irecê e no Hospital do Oeste – CNES nº 3972925, no município de Barreiras.
145/2018	13/06/2018	Aprova <i>ad referendum</i> a solicitação ao Ministério da Saúde de incremento de recurso financeiro federal ao limite financeiro anual de média e alta complexidade do município de Barra.
146/2018	13/06/2018	Aprova <i>ad referendum</i> o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA de Ana Leopoldina do município de Rio Real, Porte I, sob gestão municipal com opção de custeio III.
147/2018	13/06/2018	Aprova <i>ad referendum</i> o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA de Queimadinha do município de Feira de Santana, Porte II, sob gestão municipal com opção de custeio VII.

Odilon Rocha solicitou alguns esclarecimentos do Estado sobre *ad referendum* de convênio, porque uma coisa seria passar *ad referendum* para emenda, mas outra coisa seria para convênio. **Stela Souza** esclareceu que antes era apenas para emendas de construção, reforma e aquisição de equipamento, porém em uma CIB – que ela não lembrava o mês nem a numeração da reunião – tinha sido aprovada a ampliação da resolução, por causa do convênio, inclusive no município onde ele é gestor (se referindo a Odilon), teve que fazer uma resolução *ad referendum* e tinha sido aprovada com o acréscimo de convênio também, para os municípios não saírem perdendo e alguns colegas tinham que esperar a próxima CIB para terem suas resoluções. Então já existe uma resolução CIB aprovada para os municípios poderem pleitear seus convênios e poder ser publicada uma resolução *ad referendum* para ser homologada em CIB, pelos membros. **Nanci Nunes** reforçou que a resolução CIB 207/2017 foi a que aprovou o fluxo de encaminhamento de propostas de emenda parlamentar e convênios para

47 construção, reforma e ampliação, na atenção básica e na atenção especializada ambulatorial e hospitalar e, portanto, para
 48 publicar a resolução *ad referendum* o município deve encaminhar o processo, o ofício, a proposta de emenda parlamentar junto
 49 com a diligência do Ministério da Saúde, e reiterou que não há demanda de passar pelas CIR, justamente para adiantar a
 50 publicação da Resolução e, chegando essa documentação à Secretaria Executiva da CIB, esta minutará a resolução
 51 juntamente com a área técnica do estado, publicará então a resolução em *ad referendum* e remeterá à CIB subsequente, para
 52 sua ratificação. **Odilon Rocha** falou que lhe deixara em dúvida se isso é um convênio entre Ministério da Saúde e o município,
 53 ou se é entre o Ministério da Saúde e o hospital. **Nanci Nunes** respondeu que é entre o município e o Ministério, ou entre o
 54 estado e Ministério, é entre gestores. **Odilon Rocha** solicitou que toda vez que vier o remanejamento do teto da terapia renal
 55 substitutiva, que viesse o espelho dos valores. **Nanci Nunes** respondeu quanto às resoluções de TRS, que se os membros da
 56 Bipartite assim solicitarem, à medida que área técnica disponibilizar a Secretaria Executiva da CIB pode direcionar para os
 57 mesmos, da mesma forma como se recebe e publica em *ad referendum*, porque tinha sido uma definição da Bipartite já há
 58 algum tempo e isso se faz mediante o envio da SUREGS, após a consolidação dos VEP (Valores Exclusivos para Empenho)
 59 enviados pelos gestores executores. **Odilon Rocha** perguntou se existe alguma solicitação do Ministério da Saúde quanto a
 60 essa resolução e lhe foi respondido que sim, que é acordo ministerial. **Stela Souza** disse que também foi pactuado e que não
 61 tinham deixado o município ficar sem receber o recurso que ele conseguira do Ministério da Saúde. Em seguida **Nanci Salles**
 62 colocou em aprovação a Ata da 259ª Reunião Ordinária, encaminhada por e-mail aos membros da CIB, que foi **aprovada à**
 63 **unanimidade**, e passou a efetuar a leitura dos itens encaminhados para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE**
 64 **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DGC e CIR: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Fonoaudiólogo (30h) e 01 Psicólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Piritiba	Jacobina
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Terapeuta Ocupacional (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (30h), 01 Farmacêutico (30h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Amargosa	Santo Antônio de Jesus
	Alteração de composição e carga horária da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Profissional de Educação Física (40h) e 01 Nutricionista (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Valença	Valença
	Alteração de composição e carga horária da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), e 01 Terapeuta Ocupacional, totalizando carga horária de 210 horas.	Camamu	Valença
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF I Rita Rodrigues de Araújo.	Wanderley	Barreiras
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Colônia II.	Una	Ilhéus
	01 ESB Modalidade I	Itaparica	Salvador
	02 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Bolívia III e Vila Operária.	Valença	Valença
	22 ESB Modalidade I	Salvador	Salvador
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I, na USF Colônia II.	Una	Ilhéus
	02 ESF Modalidade II, nas USF Bolívia III e Vila Operária.	Valença	Valença

65 Acrescentou que hoje pela manhã, após impressão de toda a documentação, chegou a solicitação da CIR de Feira de
 66 Santana, referindo que tinham aprovado o credenciamento de NASF Tipo I de Terra Nova, e ela colocava também para
 67 apreciação da Bipartite ao que fora validado pelos membros da CIB. **1.2 Implantação de CEO Tipo I no Município de São**
 68 **Francisco do Conde, CEO Tipo III no Município de Barreiras e CEO de Santo Amaro – Aprovados. 2. SUPERINTENDÊNCIA**
 69 **DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação/credenciamento da unidade**
 70 **abaixo relacionada:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos – HUPES	0003816	15.180.714/0002-87	04 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo III

71 A **Coordenadora Adjunta** colocou em apreciação pelos membros da CIB e questionou quanto ao Hospital Universitário
 72 Professor Edgard Santos – HUPES se são leitos novos ou leitos já existentes para habilitar. **Ana Paula Andrade** respondeu
 73 que são leitos novos que já funcionam, mas ainda não haviam sido habilitados. São 16 leitos habilitados, eles abriram esses
 74 quatro leitos novos que já estão em funcionamento há três ou quatro meses e neste momento se solicita habilitação, ficando no
 75 total 20 leitos habilitados. **Stella Souza** perguntou se são 20 leitos habilitados tipo 3, ao que **Ana Paula Andrade** confirmou e
 76 ela lhe perguntou ainda sobre quem regula esses leitos, ao que respondeu que, desses leitos, dez são regulados pela central e
 77 dez são para uso da própria unidade, pois tem pacientes oncológicos que muitas vezes necessitam de transplante, também de
 78 neurologia e de ortopedia. **Stela Souza** solicitou a aprovação. **Odilon Rocha** ressaltou que, para quem é do interior, existe

79 grande dificuldade para conseguir uma vaga no Hospital das Clínicas e não achava certo ficarem aprovando mais recursos
80 para este hospital, que vive uma independência do SUS, não presta satisfação a este Sistema, mas neste momento ele estaria
81 votando com a bancada. **Stella Souza** fez um adendo, com relação a isso, apesar de já ter sido **aprovado**, mas ela considerou
82 que tinham que se aproximar mais do HUPES, pois esses hospitais universitários são para casos de complicação, mas ela
83 tinha estado por lá há dois anos, quando tinha precisado, e descobriu que não é tão ruim como se diz, mas quem já esteve lá
84 sabe do que ela estava falando, encontram profissionais extremamente abnegados. E como paciente ela referiu que muitas
85 vezes os profissionais não têm condições de trabalho, mas, apesar das condições de trabalho, encontram profissionais
86 extremamente imbuídos em resolver o problema do paciente, enquanto não resolvem eles não param, e inclusive se
87 comprometera em instituir uma comissão do COSEMS para fazer uma visita a este hospital. Considerava isso importante para
88 fortalecer e para mostrar ao hospital que os gestores existem e estão presentes, este hospital atende pacientes de toda a
89 Bahia, fornece cartões de inscrição, como ela também tinha recebido, assim é feita a marcação, passam pelos profissionais
90 que precisam e ela reconhecia que o hospital tinha sido de grande importância para ela naquele momento e para muitas
91 pessoas com quem ela tinha conversado lá. Admitiu que o acesso realmente fosse complicado, mas ela tinha ido lá como
92 paciente e tinha sido atendida. **Marta Rejane** acrescentou que tem ocorrido uma ampliação do acesso regulado ao Hospital
93 das Clínicas nos últimos dois anos e eles têm colocado mais agenda da regulação no Sistema VIDA, não sendo completo
94 ainda, mas eles têm ampliado o acesso e já tem bons depoimentos dos municípios, de pessoas que fazem parte desse
95 agendamento, que ainda não é 100% da agenda, mas está em torno de 15% das agendas reguladas o que é um avanço. E
96 que isso tinha acontecido devido a uma nova diretriz estabelecida pela nova superintendência, tendo ocorrido reuniões
97 periódicas para avaliação desse processo e está evoluindo. Concluindo, disse esperar que estivesse mais rápido, mas que
98 existe uma resistência por parte dos profissionais, entretanto aos poucos estão conseguindo ampliar. **Ana Paula Andrade**
99 ressaltou que os municípios vêm utilizando o ambulatório com maior quantidade de vagas, o estado também vem utilizando os
100 leitos e atualmente tem supervisão diária no HUPES, para identificar quais os leitos da SESAB contratados que estão vagos a
101 fim de serem ocupados. Então, ainda que existisse a resistência de alguns profissionais e em alguns serviços no HUPES, já se
102 visualizava a grande melhoria no acesso ao HUPES, e em média se consegue regular 200 pacientes para este hospital.
103 Lembrou que o mesmo é o único que absorve mais de 95% da onco-hematologia e, com a restrição de 22% a 27% da onco-
104 hematologia, este hospital não tem condição de dar conta de toda a Bahia, mas vem dando o espaço consideravelmente e
105 concordou com Marta Rejane que isso só tinha acontecido com a entrada de doutor Lemos, que veio com outro olhar, mas que
106 ainda existe muita resistência e precisavam quebrar vários feudos. E ele tinha se reunido com a SESAB, pois aceitou esse
107 desafio de mudar esse olhar de quem está de fora do HUPES. Porém quem trabalha diretamente com o HUPES pode perceber
108 a melhoria, ainda que longe do que ele pode dar. **Odilon Rocha** falou que, quanto à Maternidade Climério de Oliveira, tinha
109 sido prometido em CIB que seria fechada a proposta deste hospital permanecer como 'porta aberta', o que não tem ocorrido e
110 não tem prestado contas a ninguém, considerando que existe um tratamento diferenciado para algumas instituições. **Ana**
111 **Paula Andrade** registrou que já foram feitos vários movimentos junto ao Ministério da Saúde, com a Superintendente anterior e
112 outros com a nova Superintendente, Sinaide Coelho, inclusive ontem tinham se reunido, e infelizmente nesse processo de
113 transição de Sinaide Coelho – que ganhou a eleição de forma democrática e tomou posse há menos de um mês – nesse
114 período o hospital Climério ficou sem representação, porém ela tinha consultado o Ministério da Saúde, que aceitou a redução
115 do contrato tendo em vista a redução de leitos e, por se tratar de uma entidade federal, o Ministério da Saúde tinha ficado de
116 dar essa alternativa para o estado, de pagar valor cheio, considerando a necessidade de manutenção dos equipamentos.
117 Disse que têm sido feitas avaliações, o contrato tem uma quantidade de leitos e a prestação de serviços tem sido outra, e o
118 Ministério da Saúde é que irá pagar essa conta, porque é responsabilidade da unidade federal, então, que se
119 responsabilizasse perante o Estado para não haver os cortes. E o MS entraria nessa retaguarda para o estado, quanto ao
120 pagamento cheio. **Odilon Rocha** ressaltou que sua fala não tinha sido dirigida à parte financeira e sim quanto a quem pagaria
121 a desassistência deste hospital atualmente. **Ana Paula Andrade** falou que isto tinha sido matéria de Ministério Público e que o
122 estado tinha sido contra, juntamente com o município de Salvador, e a superintendência anterior tinha levado um cronograma
123 de execução que não havia sido pactuado, avisando, tanto ao município quanto ao estado, que fecharia a porta na semana
124 seguinte. Então não tinha sido de comum acordo, não tinha sido discutido, a Maternidade Climério de Oliveira simplesmente
125 deliberou a fazer isso e sendo matéria de várias audiências do Ministério Público. Então tinham que apurar o culpado, assim,
126 quem assinou por esta decisão não tinha sido com anuência para esta determinação, nem do município e nem do estado.
127 **Odilon Rocha** comentou ter sido a CIB que aprovou, **Ana Paula Andrade** negou e ele falou que essa CIB tinha sido feita com
128 a promessa de que não existiria desassistência, ao que **Ana Paula Andrade** explicou que, naquele momento, tinha sido
129 comunicado o que a Maternidade já havia feito, não tendo sido levado nem para deliberação, porque nem o município e nem o
130 estado puderam se reunir para negociar, este hospital tinha levado um cronograma informando que na próxima semana estaria
131 efetuando a mudança e dessa maneira tinha acontecido. Então em nenhum momento a CIB havia pactuado e com isso a
132 responsabilidade nesse aspecto era exclusivamente do hospital. **Stela Souza** acrescentou que apesar de não estar na pauta é
133 uma situação grave e perguntou a Odilon Rocha se ele faria mais algum encaminhamento. **Odilon Rocha** respondeu que para
134 a próxima reunião do Grupo Condutor de Redes precisavam convidar quem fosse de direito para representar a Maternidade
135 Climério de Oliveira, pois na última reunião do Grupo Condutor de Redes, com a representação deste hospital, fora dito que
136 estava tudo bem, sendo que não estava e ressaltou que precisavam levar esta instituição importante para discutir as suas
137 responsabilidades com o povo da Bahia. **Cássio Garcia** reforçou que o fórum para esta discussão seria exatamente o Grupo
138 Condutor de Redes, inclusive na reunião de ontem a Maternidade Climério de Oliveira tinha sido citada por uma pessoa que
139 não é desta instituição, que está em outro posto, e ela tinha citado de forma pessoal, não institucional, tanto que ele não tinha
140 deixado a discussão tomar um longo rumo, pois havia alguns representantes solicitando a fala, porque tinham sido citados por
141 outros, mas ele dera continuidade à reunião, já que aquilo não estaria diretamente na pauta da discussão. Considerou que esta
142 é uma questão realmente muito séria e falou que na última reunião do GCE foi discutido pelo Comitê de Mortalidade Neonatal a
143 necessidade de aprofundarem essa discussão e levarem para o Grupo Condutor de Redes e aí sim levar a especificação da
144 Maternidade Climério de Oliveira. **Stela Souza** prosseguiu com o ponto da pactuação do Grupo Condutor de Redes. **Cássio**
145 **Garcia** passou para o segundo ponto, justificando que o primeiro item da pauta dependia da apresentação do representante da

146 DIVEP/SESAB, que ainda não havia chegado. Devido à grande relevância do tema, este assunto que já havia sido
147 apresentado na reunião do GCE e ele percebera a necessidade de apresentar, desta vez, em CIB. Prosseguiu fazendo a
148 leitura do segundo ponto de pauta do item 1.1 Grupo Condutor de Redes: Inclusão da Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus no
149 PER-SUS: Alcina Romero explicou que esta tinha sido uma solicitação do município de Ilhéus e esclareceu que a Santa Casa
150 de Misericórdia de Ilhéus é UNACON habilitada pelo Ministério da Saúde, que tinha pleiteado um acelerador linear para
151 implantar um serviço de radioterapia. Informou que para a radioterapia da região de Ilhéus a abrangência é de Itabuna e que
152 tinha pleiteado um acelerador linear ao Ministério da Saúde através do sistema SAIPS. Explicou também que no início do ano o
153 Ministério da Saúde fez um ajuste no plano de expansão da radioterapia, onde havia uma sobra que conseguiu junto à
154 empresa que ganhou essa licitação do plano de expansão da radioterapia federal, para mais 20 aceleradores lineares e o
155 Ministério da Saúde aceitou o pedido da Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus para implantação desse acelerador e precisava
156 ter resolução CIB. Então eles tinham apresentado o prazo para o dia 25 no Grupo Condutor de Redes, e esperava que a
157 gestora do município de Ilhéus estivesse presente na reunião. A gestora de Ilhéus, **Elisângela Oliveira**, se apresentou e
158 ressaltou que o prazo seria até dia 25 e não existiam motivos para não aprovarem. Acrescentou que a expansão da
159 radioterapia do processo de UNACON para a região de Ilhéus já havia sido aprovada em CIB em 2016, que abrangeria
160 também o município de Valença e com esse acelerador linear teria a possibilidade de fazer a radioterapia em Ilhéus, que nesse
161 momento se faz em Itabuna, sendo para toda a região de Itabuna e isso impactava diretamente na ação de imediato dos
162 atendimentos de radioterapia, esse o pleito que ela fizera, colocado em CIR e, como já havia passado em CIB em 2016, ela
163 então tinha reiterado o pedido. **Stela Souza** repetiu o que já havia dito anteriormente na reunião do Grupo Condutor de Redes
164 que, enquanto COSEMS, ela é a favor da aprovação, porque sabia da existência desse déficit da atenção oncológica que
165 existe no estado da Bahia e reconhecia que a Diretoria de Atenção Especializada tem feito um grande esforço para tentar fazer
166 um movimento, juntamente com o COSEMS, para dar a maior assistência possível aos usuários, porém o plano de expansão
167 contém vários outros planos de acelerador, sendo que Itabuna e Ilhéus estão a 25 quilômetros de distância entre si, enquanto
168 na região oeste existe uma distância maior que mil quilômetros de distância, tal como na região norte, o que ela questionara no
169 dia anterior e estava questionando novamente, aproveitando a presença de alguns membros do Conselho, porque o Ministério
170 da Saúde não está se preocupando com essas regiões de vazio assistencial, sendo que esta foi uma grande preocupação do
171 COSEMS e do Estado durante todo esse período. Considerou que esta fala deveria se perpetuar, pois o Ministério da Saúde
172 não está se preocupando com as longas distâncias que o usuário deve percorrer para fazer um tratamento de radioterapia e
173 falou que esta colocação não trata da aprovação apenas de Ilhéus, mas que essa ressalva servisse para todos se lembrarem
174 de outros municípios que solicitaram o mesmo. Acrescentou que ela estivera pessoalmente em reuniões em que tinha ouvido
175 essas inúmeras solicitações, como reunião da CIB, reuniões do Grupo Condutor de Redes, em nenhuma dessas reuniões em
176 que ela estivera presente essa solicitação tinha sido reforçada e precisavam que o Ministério da Saúde compreendesse a
177 necessidade que os pacientes possuem. Assim, enquanto tiverem oportunidade que continuassem cobrando do Ministério da
178 Saúde, analisando que, de repente, em algum momento poderia não ter sido preenchidos alguns critérios e solicitou empenho
179 por parte dos municípios maiores, com mais condição, para ajudarem. **Alcina Romero** falou que foi acatado, por entenderem a
180 situação, sendo que o primeiro requisito colocado pelo Ministério da Saúde para o plano de expansão da radioterapia foi de ter
181 um UNACON em funcionamento. Então, como o UNACON do Oeste e de Irecê ainda não estão em funcionamento, não
182 tinham tido muita argumentação, precisaria pleitear junto ao Ministério da Saúde todo o apoio necessário para a implantação
183 do UNACON em Juazeiro, já iniciado e estão aguardando a resposta. Já em Irecê e em Barreiras precisavam dar celeridade na
184 implantação do UNACON que foi uma grande ação do governo do Estado em enfrentar esse vazio assistencial, ampliando as
185 duas unidades do Estado, e não terem em todo esse tempo nenhum filantrópico, nenhum privado interessado em implantar
186 esse UNACON o que não é uma coisa fácil. Informou que a princípio estão correndo para ampliar o hospital porque
187 o UNACON é um reflexo que impacta bastante em uma unidade como um todo. Assim, não dava para simplesmente chegar
188 com um UNACON dentro do Hospital do Oeste como este se encontra com a estrutura atualmente, nem no Hospital Mário
189 Dourado Sobrinho. Então a primeira proposta seria ampliar e estruturar o hospital e assim não teriam mais justificativa para o
190 Ministério da Saúde não dar o acelerador linear. **Stela Souza** considerou **aprovado** e fez questão de registrar que existe a
191 mesma dificuldade. **Cássio Garcia** ressaltou que é de suma importância colocar essa fala, pois muitas vezes no Grupo
192 Condutor de Redes não contemplam essas observações ditas e não se poderia chegar à CIB e fazer uma simples aprovação.
193 Ressaltou que tinha sido bem registrado e que tinha havido outras falas nesse mesmo sentido e que **Alcina Romero** havia
194 esclarecido da mesma maneira que já havia feito na reunião do Grupo Condutor de Redes. Passou então para o ponto de
195 pauta Aditivo no PAR da Rede Cegonha – Aditivo no PAR da Rede Cegonha da Região Metropolitana de Salvador: Leitos GAR
196 e Neonatais: A diretora da Diretoria de Gestão do Cuidado, **Liliane Mascarenhas**, colocou que esse ponto não trata
197 exatamente da palavra aditivo e sim de alteração de um ajuste que teve que ser feito no PAR da região metropolitana, o que
198 gera uma demanda junto ao Ministério da Saúde, tendo sido feita uma redistribuição dos 50 leitos GAR e também dos leitos de
199 UTI neonatal na Maternidade José Maria de Magalhães Neto, depois de toda a estrutura viabilizada, conforme orientações.
200 Disse que, como a distribuição por maternidade do quantitativo referente aos leitos GAR já estava aprovada em CIB em 2014,
201 o que ela vinha com proposta para o ano de 2018 e para apresentar era fazer exatamente esse ajuste com relação aos leitos,
202 para ter de fato a tipologia do leito de acordo com o atendimento que é realizado em cada unidade. Então haveria: um
203 incremento de leito GAR da Maternidade José Maria de Magalhães Neto, sendo mais 30, passando a ter 110; no IPERBA se
204 fez um ajuste para, onde estavam cadastrados 20, passar a ficar com 4; na Maternidade Albert Sabin tinha 4, permanecendo
205 com 4; na Maternidade Tsylla Balbino, ficaram com 04, onde na época estavam cadastrados 23; no Hospital Roberto Santos
206 tinham 32, agregando mais 4, ficava 36; e na Maternidade Climério de Oliveira se agregou mais um, onde tinha 21, ficava com
207 22, conforme tabela abaixo:

Nº	UNIDADE HOSPITALAR	LGAR / APROVADO CIB 126/2014	ATUALIZAÇÃO DE REPASSE DE INCENTIVO REDE CEGONHA	PROPOSTA 2018
1	MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROFESSOR JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETTO	80	+ 30	110
2	IPERBA	20	- 16	04
3	MATERNIDADE ALBERT SABIN	04	04	04
4	MATERNIDADE TSYLLA BALBINO	23	- 19	04
5	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	32	+ 04	36
6	MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA	21	+ 01	22
	06 UNIDADES	180		180

208
209
210
211
212

Com relação à Maternidade de referência Professor José Maria de Magalhães Neto, na relação Leitos CNES x Leitos Ativos de 2018, apresentou a tabela abaixo:

LEITOS	UTIN	UCINco	UCINca
CNES	48	10	10
ATIVOS	20	28	30
DIFERENÇA	- 28	+ 18	+ 20
POSSIBILIDADE DE AMPLIAÇÃO	+ 10	0	0

213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253

Quanto à UTI Neonatal, do que estava cadastrado de UTIN, UCINco e UCINca, disse que foi feito um ajuste com relação ao quantitativo de leitos, pois estavam com 48 leitos ativos como UTIN, que fazendo o ajuste desses leitos e passava a ter 20 leitos ativos, com uma diferença de 28 e com a possibilidade de mais 10 leitos ativos de UTIN. Na UCINco estavam cadastrados 10 no CNES, tendo 18 ativos e fazendo esse ajuste justamente da UTIN com a UCINco, passava a ter mais 18 e assim não tinha tido a oportunidade de ampliação, mas estava sendo feito todo o ajuste. Da UCINco tinha 10 leitos cadastrados no CNES, 30 ativos, com a diferença de 20, ficando assim sem a possibilidade de ampliação, ajustando essa situação. Isto sendo na verdade a suspensão de um recurso da portaria do Ministério da Saúde onde foi retirado um valor do Estado até que o estado fizesse todos os ajustes necessários para ter os leitos. Então esse foi o movimento feito internamente, com a realidade do atendimento da unidade, já que o cadastro estava em inconformidade. Em resumo, ficou: da Maternidade José Maria de Magalhães Neto, desabilitando 18 leitos de UTIN e habilitando 18 leitos de UCINco, por ser assim que está funcionando, então, desde o movimento que o Ministério da Saúde já se tinha sinalizado no monitoramento, habilitando 20 leitos de UCINca e qualificando os dez leitos de UTIN. Então esse foi todo o ajuste feito na Maternidade José Maria de Magalhães Neto. **Odilon Rocha** expressou que, apesar de tanta mudança, no dia a dia tem inúmeras dificuldades para se conseguir qualquer serviço desse tipo e se percebia que há uma preocupação com esse tipo de atendimento, mas para quem mora no interior e principalmente para quem mora em município próximo às unidades prestadoras de serviço há uma dificuldade maior quando se tem a necessidade de conseguir um leito. Sempre recebem reclamações de que nunca há uma melhora qualitativa e quantitativa disso. Falou que existe uma reserva técnica que está acabando para ter um atendimento e precisou que o Ministério da Saúde suspendesse o recurso para acontecer o fato. **Liliane Mascarenhas** respondeu que se trata de um ajuste que já havia feito, sendo que quando começou o movimento das redes temáticas, tinha havido uma grande correria de todos, competindo com as regiões Sul e Sudeste do Brasil, para se poder viabilizar todos os leitos possíveis e dessa maneira também tinha sido para todos os equipamentos que tinham aporte de recurso. O que ela vinha propondo seria de revisitar, de acordo com a realidade do serviço, de fazerem o enfrentamento, porque poderiam até deixar como está, até por conta do valor, que é interessante, mas precisaria chegar a uma realidade e ver como está funcionando, que tipo de qualidade de serviço que está sendo prestado e como corresponde à tipologia de leitos. Então que pudessem abrir mais para isto e fazerem este enfrentamento, pois há uma grande maturidade na realidade em que se encontram, após sete anos de investimento e discussões de rede. Considerou que isso é algo que está bem maduro para eles e que tinham que ter cuidado, concordando com Odilon Rocha em olhar o que se está ofertando. Iniciou a apresentação do teste rápido de gravidez, falando que em 2013 o Ministério da Saúde publicou uma portaria onde se alocaria um recurso para o teste rápido de gravidez e na época tinha sido pactuado em CIB que este recurso iria para a Secretaria de Saúde do estado Bahia, que faria toda a compra e distribuiria, porém, até o ano de 2017, quando o Ministério da Saúde publicou nova portaria e não fez mais repasse desse recurso. Colocou que o Estado fez algumas compras com recurso próprio, mas parou até que o Ministério da Saúde apresentasse, após tanta cobrança, o aporte desse recurso e que no ano de 2017 foi publicada uma portaria autorizando o repasse de recurso para os municípios, em parcela única, referente ao Teste Rápido de Gravidez, no componente do pré-natal da Rede Cegonha, no piso da Atenção Básica. Então o MS já determinava em 2017 a mudança desse recurso, indo para o teto do município e o MS colocava e ainda o faz, que os dados foram com base nos registros do SISPRENATALWEB, já tendo ocorrido várias discussões com relação a isso, porque nem todos os municípios do estado da Bahia estão alimentando o SISPRENATALWEB em concomitância com o E-SUS. Então são muitos sistemas para alimentar, ninguém sabia o que fazer e houve uma perda significativa. Em junho de 2018 o Ministério da Saúde, em processo de reelaboração dessa portaria, colocou esse repasse para o teto do município e também de acordo com o registrado no SISPRENATALWEB. Na discussão feita na reunião do Grupo Condutor de Redes se compreendeu que de fato esse recurso deve ir para o teto do município,

254 porque se trata de adesão à Ata de Registro do Ministério da Saúde. O que foi solicitado e que os gestores chamaram a
 255 atenção, tinha sido a dificuldade de adesão a essa Ata e que oficializasse ao Ministério da Saúde o passo a passo para esta
 256 Ata de Registro, para se garantir aos municípios poderem fazer a adesão à Ata, viabilizando assim a aquisição desse exame
 257 Teste Rápido. Outra questão colocada por ela, que na resolução CIB pudesse constar o recurso indo para o teto dos
 258 municípios, mas pensando em outra estratégia e não vinculado ao SISPRENATALWEB, isto porque muitos municípios não
 259 alimentaram esse sistema e isso geraria uma fragilidade nesse processo. Propôs que houvesse a continuidade desse repasse
 260 para o teto do município, fazendo a ressalva apenas com relação à adesão à Ata e também à questão do SISPRENATALWEB,
 261 pela fragilidade do sistema. **Cássio Garcia** ratificou, informando que o Estado apoiará esse envio e que deveriam levar um
 262 cronograma das ações e capacitação dos municípios com relação ao SISPRENATALWEB, conforme combinado na resolução,
 263 e lembrou o que tinha sido colocado, de que não podia aderir à Ata de Registro de Preço do Ministério da Saúde, pois o
 264 problema é que os municípios estão com muita dificuldade com relação à adesão a essa Ata. Então tinha sido pactuado
 265 também que enviariam, pois não se poderia fazer uma resolução com essa informação para o Ministério da Saúde, mas
 266 também não podia permanecer do jeito que está, assim, a Bipartite enviaria ao Ministério da Saúde a solicitação do instrutivo,
 267 do treinamento e de uma oficina, de algo que facilitasse e orientasse os municípios a fazerem a adesão à Ata de Registro de
 268 Preço. **Liliane Mascarenhas** fez uma ressalva em relação ao SISPRENATALWEB de que a tendência seria de não ter
 269 nenhum pré-natal, pois o sistema praticamente já está falido, por isso que ela colocara na reunião do GCE que o Ministério da
 270 Saúde devia ver uma outra forma, como estimativa de gestantes, ou o próprio E-SUS ser alimentado, isso era algo que
 271 deveriam alinhar e não ficarem presos a um SISPRENATALWEB da época de 2016, porque é isso que eles querem, ou seja,
 272 dos 417 municípios, apenas 50 alimentam esse sistema, a dúvida seria se apenas esses 50 municípios receberiam.
 273 Considerou a ausência de conformidade, então a grande questão: se faz adesão, contudo não queria que fosse com base no
 274 SISPRENATALWEB e era preciso deixar isso bem claro, porque ela tinha cálculo de estimativa de gestante que é feito
 275 inclusive pelo próprio Ministério da Saúde, quando se pensa, por exemplo, em contraceptivos, e porque não utilizar a mesma
 276 metodologia para se pensar em relação ao Teste Rápido de Gravidez? E o que se fala em qualificação é uma ação que vão
 277 realizar, que é um processo de qualificação na Atenção pré-natal e não ao SISPRENATALWEB. **Odilon Rocha** falou que se
 278 trata de um cálculo sobre gestantes e não sobre exames que irão realizar nas unidades, porque algumas vezes tem 10
 279 gestantes e se realizou 15 exames, então era necessário que o Ministério da Saúde tivesse essa compreensão de que os
 280 dados dos gestores no SISPRENATALWEB, em virtude da própria dificuldade de movimentação dessa ferramenta, que tinha
 281 vindo como uma ferramenta inovadora, mas que não tinha sido e que tem um resultado extremamente pequeno na Bahia.
 282 Considerou que precisavam discutir e voltar ao número de gestantes e pelo menos 20% de pessoas que tem exames
 283 negativos, mas procuram atualmente a unidade porque quando o povo sabe que tem o exame no posto, ninguém vai em
 284 farmácia comprar teste de gravidez. **Cássio Garcia** perguntou se Odilon Rocha tinha alguma colocação sobre como passar o
 285 Teste Rápido de Gravidez para os municípios e **Odilon Rocha** colocou que o Estado, quando recebe o dinheiro – porque é um
 286 ente mais rico que o município – a frequência desse Teste Rápido de Gravidez do município é maior e possui várias
 287 dificuldades que o Estado não tem, pois no estado a compra é maior e que quem é secretário de saúde sabe que existe uma
 288 dificuldade de abrirem licitação. Mas que o dinheiro sendo passado da União para o Estado e este passando para o município,
 289 quem se prejudica sempre é o município, porque a União vai deixar de dar o dinheiro. Já foi construído um hábito atualmente
 290 em que qualquer menina procura o posto para perguntar se tem exame de gravidez porque o município é que está mais
 291 presente na vida do usuário. **Cássio Garcia** disse está **aprovado**, hoje é alocado no teto dos municípios e estava apenas
 292 homologando como resolução, conforme o que tinha sido discutido no Grupo Condutor, mas com essas observações da
 293 necessidade do SISPRENATAL e também da adesão à Ata de Registro de Preço. Passou ao ponto Situação da influenza no
 294 Estado da Bahia, a vacinação e manejo para o H1N1, que tinha sido discutido no COSEMS e, embora já tivesse passado pelo
 295 Grupo Condutor, estava trazendo para a Bipartite para realçar ainda mais a relevância dessa pauta. **Ramon Saavedra**,
 296 Coordenador de imunização e vigilância das doenças imunopreveníveis da DIVEP/Superintendência de Vigilância e Proteção a
 297 Saúde, disse ter trazido o tema por sugestão de Stela Souza, pelo COSEMS, e de Cássio Garcia, dada a sua relevância e
 298 emergência e ampliaria a fala não só para influenza, mas para todas as doenças imunopreveníveis, diante da situação de
 299 queda nas coberturas vacinais das maiorias das doenças imunopreveníveis, que é uma tendência nacional, mas o Estado da
 300 Bahia está seguindo essa tendência, sobretudo nas crianças menores de um ano. Então são portas e janelas que se abrem
 301 para a oportunidade de alguns vírus voltarem a circular, ou então circularem na forma epidêmica. Falou rapidamente da
 302 situação epidemiológica da influenza a fim de trazer algumas reflexões aqui, cada um no seu território e setor, para refletirem
 303 como poderiam trabalhar em rede para atenuar essa situação.

Vírus Influenza

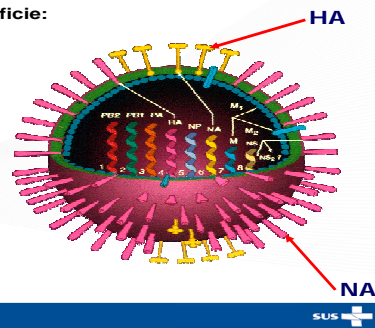
Subtipo depende das glicoproteínas de superfície:

Hemaglutinina (HA) - 16

Neuraminidase (NA) - 9

Subtipos humanos circulantes:

H1N1, H3N2, H1N2, H5N1



305 Assinalou no slide o vírus que trouxe para ilustrar que os 'H' e os 'N' dessa sopa de letrinhas vêm das glicoproteínas da
 306 superfície do vírus, dezesseis H – hemaglutinina e nove N – neuraminidase, que se combinam. Informou que é um vírus que
 307 tem extrema capacidade de mutação, com uma plasticidade genética muito grande para se adaptar ao ambiente e que vai
 308 sobreviver e todos vão conviver com ele durante muito tempo. Relatou uma pandemia em dois mil e nove, uma epidemia
 309 mundial de um vírus que habitava o organismo de uma ave, era uma gripe aviária que caiu acidentalmente no organismo de
 310 um porco, passando a ser gripe suína e, nessa mudança, tinha sofrido mutação que se tornou mais letal para o homem que
 311 entrou nessa cadeia acidentalmente. Falou ainda que a influenza A é a que está mais relacionada às grandes epidemias
 312 históricas.
 313

Histórico do Vírus Influenza

1918-1920 – Gripe Espanhola	Influenza A H1N1. Cerca de 40 milhões de óbitos.
1957-1960 – Gripe Asiática	Influenza A H2N2
1968-1972 – Gripe de Hong-Kong	Influenza A H3N2
1997 – Hong-Kong	Influenza A H5N1
2009 – Pandemia	Influenza A H1N1
2013 – Leste da China	Influenza A H7N9
2014 – México	Influenza A H1N1pdm

314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324

Mostrou no slide a situação epidemiológica para refletirem um pouco. Disse que a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é o objeto de notificação dos serviços de saúde e é qualquer quadro de gripe com cefaléia, dor de garganta e febre, com início súbito, aparecendo um sinal de alarme que é o desconforto respiratório – sensação de falta de ar. Tendo esse quadro e o paciente estando internado deve ser notificado assim que se suspeita, para a investigação ser processada e poder mapear quais vírus estão causando isso. Na região nordeste tem mais de três mil casos de SRAG, observando que a sudeste tem mais que a nordeste, contudo, ao isolarem o vírus H1N1, o nordeste tem mais que o sudeste, porque lá também tem uma predominância do vírus sincicial respiratório, que é um vírus muito comum e também tem ele aqui, assim como influenza B, adenovírus e todos eles podem causar essa síndrome.

Distribuição dos casos e óbitos por SRAG segundo Região de residência, 2018 até a SE 22.

Região	TORAL SRAG		Influenza A H1N1	
	casos	óbitos	casos	óbitos
Norte	673	69	27	7
Nordeste	3227	363	516	100
Sudeste	5034	570	320	59
Sul	2487	273	131	13
Centro Oeste	2580	302	400	63
Total	14001	1577	1394	242

Fonte: Boletim Influenza /MS/Brasil

325
 326
 327
 328
 329
 330
 331

Salientou que a Bahia é o estado que mais está notificando essa síndrome respiratória aguda grave (mil duzentos e trinta e um) e, destes, cento e oitenta e um são confirmados para influenza A H1N1, com vinte e dois óbitos, que é a sua preocupação, sobretudo se falar que, desses vinte e dois óbitos, quase 60% são de crianças abaixo de cinco anos, adultos acima de sessenta e de pessoas portadoras de doenças crônicas.

Distribuição dos casos e óbitos por SRAG segundo unidade federativa de residência, 2018 até a SE 22.

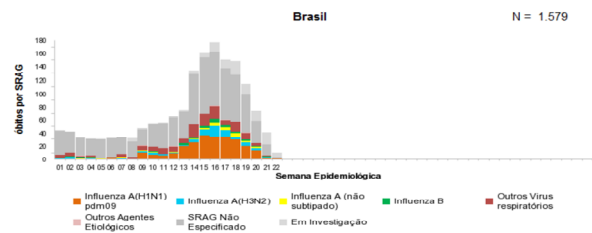
Unidade Federativa	TORAL SRAG		Influenza A H1N1	
	casos	óbitos	casos	óbitos
Maranhão	62	11	5	2
Piauí	215	29	65	10
Ceará	821	113	229	47
Rio Grande do Norte	178	38	33	8
Paraíba	121	26	6	4
Pernambuco	737	39	26	5
Alagoas	92	15	13	2
Sergipe	120	5	14	2
Bahia	1231	93	181	22
Total	3577	369	572	102

Fonte: Boletim Influenza /MS/Brasil

332
 333
 334
 335

Chamou a atenção por ser público prioritário para a campanha de vacinação e não estão conseguindo alcançar a meta de 90%, por conta disso, e também pela manifestação dos caminhoneiros, no final de maio e início de junho, a campanha foi

336 prorrogada por duas ocasiões. Inicialmente seria de vinte e três de abril a primeiro de junho, tendo sido prorrogado para trinta
 337 de junho e agora todo o país está prorrogando mais uma vez, dado que só três estados atingiram a meta, até então para vinte
 338 e dois de junho. E passou a apresentar a situação da Bahia, assinalando no slide a série histórica ano a ano, frisando que,
 339 mesmo em dois mil e nove, que foi um ano pandêmico e o mundo todo não estava preparado para esse novo vírus,
 340 observassem que, apesar de ter tido mais casos a letalidade ter sido menor, a letalidade desse ano estava de 12,2%, dos
 341 cento e oitenta e um casos, vinte dois foram a óbito, e lá no ano pandêmico tinha sido bem menos. E isso era uma
 342 preocupação, porque essa letalidade podia sim ser reduzida, controlada com prevenção, vacina e tratamento, se oportuno, que
 343 é o uso do antiviral Tamiflu e os dois têm disponíveis na rede, precisando apenas, no caso do Tamiflu, organizar o fluxo dos
 344 municípios com a regional, uma gestão da diretoria de assistência farmacêutica e isso já acontece, inclusive de forma
 345 articulada com os outros pares e a imunização também. Falou que a vacina sempre esteve disponível, é produzida anualmente
 346 de acordo com os vírus que estão circulando naquele ano, ou seja, a vacina do ano passado não vale para esse ano, porque o
 347 vírus H1N1 que estava circulando no passado é diferente desse H1N1, que sofreu uma pequena mudança e o H3 também.
 348 Então houve mudanças de duas cepas e com isso atrasou um pouco a produção nos laboratórios produtores, um nacional e
 349 outro internacional, era importante frisar essa questão.
 350

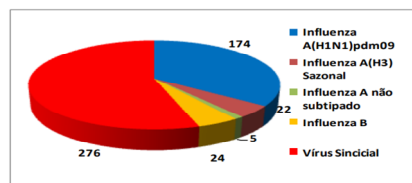


Fonte: SINAN Influenza Web. Dados atualizados em 4/6/2018, sujeitos a alteração.

Figura 4. Distribuição dos óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave segundo agente etiológico e semana epidemiológica de 2018, Brasil. SINAN Influenza Web, 2018.

351
352

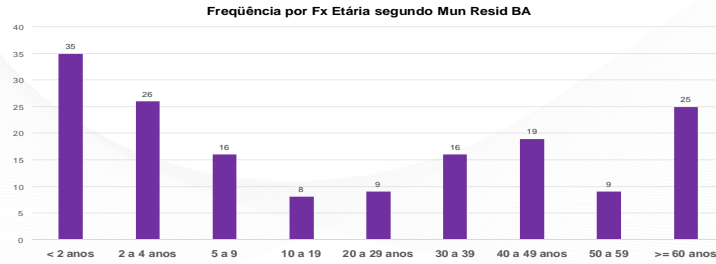
VÍRUS RESPIRATÓRIOS IDENTIFICADOS NOS CASOS DE SRAG, BAHIA, 2018*



Fonte: SINAN Influenza Web. *Dados sujeitos à alteração.

353
354

355 Mostrou no slide (acima) os vírus isolados no Brasil, nas colunas em laranja o H1N1, em vermelho outros vírus, onde estão
 356 inseridos o adenovírus e o sincicial. E comentou que na Bahia o sincicial circula bastante e tem causado óbito também, a
 357 diferença sendo que o sincicial não tem uma vacina específica, existe uma medicação chamada 'palivizumabe', que é indicado
 358 para algumas crianças prematuras tomarem antes do período de meses frios, na mesma lógica da vacina. Quanto à vacina, a
 359 campanha acontece no final de abril e início de maio, para a população se imunizar e passar os meses frios protegida, até
 360 porque, a partir do dia que a pessoa toma a vacina, leva de dez a quinze dias para garantir a proteção. Acrescentou que é uma
 361 doença sazonal, associada ao inverno, e que já é esperado esse aumento no número de casos, contudo nunca se tem a
 362 certeza de como será esse volume. Em dois mil e dezessete, dois casos de H1N1 em todo o ano na Bahia, ocorreu mais H3N2
 363 do que H1N1 na Bahia no ano passado. E mais uma vez chamou a atenção para pessoas portadoras de algumas doenças
 364 crônicas, adultos acima de sessenta anos e crianças abaixo de cinco anos, respondendo por quase 70% dos casos e que são
 365 grupos para tomar a vacina na campanha. Na Bahia na faixa de menos de cinco anos está dando quase 60%. Mostrou no
 366 gráfico a faixa etária das idades das extremidades com predominância.



367
368
369
370
371

Apresentou no gráfico todos os casos, dos vinte dois óbitos, doze em Salvador e um caso em diversos municípios, a exemplo de Lauro de Freitas, Camaçari, Vitória da Conquista, Saúde, Serrinha, mais recentemente Uruçuca, o último confirmado.

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE SRAG PELO VÍRUS INFLUENZA A H1N1, BAHIA, 2018*

Município	Ign/Branco	Recebeu alta por cura	Evoluiu para óbito	Total
Algoízinhas	0	4	0	4
Andaraí	1	0	0	1
Apurema	0	0	1	1
Belmonte	0	1	0	1
Bom Jesus da Lapa	0	1	0	1
Cairu	0	1	0	1
Camaçari	1	5	1	7
Candeias	0	1	0	1
Caravelas	1	0	0	1
Dias d'Ávila	0	1	0	1
Eunápolis	1	2	0	3
Feira de Santana	6	9	0	15
Governador Mangabeira	1	0	0	1
Helicópoli	1	0	0	1
Ithéus	0	2	0	2
Ipiatã	0	1	0	1
Irecê	1	2	0	3
Irajá	0	0	1	1
Itacaré	0	1	0	1
Itaberaba	1	0	0	1
Itabuna	2	2	0	4
Itaparica	0	2	0	2
Jacobina	1	2	0	3
Jaguarari	0	1	0	1
Jequié	1	1	0	2
Juazeiro	1	1	0	2
Lauro de Freitas	0	2	1	3
Mairi	0	1	0	1
Maracás	0	2	0	2
Mata de São João	1	2	0	3
Miguel Calmon	0	1	0	1
Morro do Chapéu	2	1	0	3
Paripiranga	0	1	0	1
Ponto Novo	1	0	0	1
Presidente Tancredo Neves	0	3	0	3
Quijingue	1	0	0	1
Retiroândia	0	0	1	1
Salvador	13	57	12	82
Santo Antônio de Jesus	0	1	0	1
Saúde	0	0	1	1
Serrinha	0	2	1	3
Valença	1	1	0	2
Viçosa do Poço	0	1	0	1
Vera Cruz	0	1	0	1
Vitória da Conquista	0	0	1	1
Total	38	116	20	174

372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389

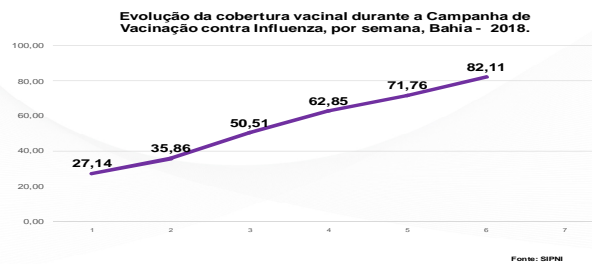
Dos dados trazidos chamou a atenção para esses elementos, a faixa etária, a coleta laboratorial oportuna, mais de 20% não realizou qualquer tipo de coleta, e é uma coleta simples, com swab na naso-orofaringe, para ver qual é o vírus e, dos que realizaram, 18,6% não foram coletas oportunas, ou seja, não foram feitas no prazo de sete dias após o início dos sintomas. Disse que é uma questão importante para o diagnóstico e o mapeamento do risco, mas mais importante ainda é o uso do Tamiflu, que precisaria uma parceria com a assistência, municípios, ou com quem está na linha de frente, que é a suspeita oportuna para a administração do medicamento oportunamente, que é extremamente eficaz. A oportunidade, no caso do Tamiflu, é nas primeiras quarenta e oito horas após o início dos sintomas e pediu que observassem que mais de 20% dos casos suspeitos de SRAG na Bahia não fizeram uso de Tamiflu e, dos que fizeram, quase 60% tinham sido inoportunos, com mais de dois dias do início dos sintomas, e varia de três até mais de vinte dias, sendo preocupante. E precisavam destrinchar para a rede do estado, para que a suspeita fosse oportuna, sensibilizar nesse ponto de vista e para que a administração do medicamento também fosse oportuna. Informou que nesse sentido a SESAB está articulada com todos os setores, diversos movimentos de capacitação, parceria com a Cremeb, para divulgar o protocolo da influenza recém-revisado em dois mil e dezessete com todos os médicos do Estado, tendo sido feitas capacitações com as regionais, vindo enfermeiros e municípios das regionais que seriam pontos focais, passariam a ser referências para regionais da Bahia, sempre na lógica do manejo clínico. Disse que hoje está acontecendo uma web palestra com doutor Antônio Bandeira, infectologista também da SESAB, sobre o manejo clínico da influenza e já houve outras duas web palestras com o mesmo tema.

Fluxo de descentralização do Oseltamivir (Tamiflu)



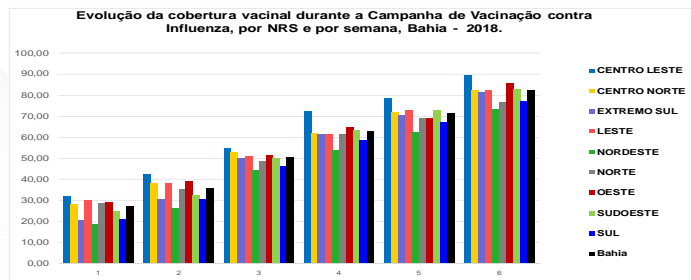
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404

Quanto ao fluxo do Tamiflu, que é gestão da DASF, repetiu que não houve desabastecimento em nenhuma etapa do processo, nem do medicamento e nem da vacina, as regionais precisam articular isso: os municípios solicitarem às regionais para as mesmas fazerem essas solicitações via sistema próprio, que é o SIGAF. Lembrou que os dezesseis municípios da região metropolitana têm acesso direto ao SIGAF, podem fazer diretamente, assim como os hospitais de Salvador, distritos sanitários e as UPA da capital. Apresentou a evolução da cobertura vacinal, semana por semana, desde a semana um até a semana atual e lembrou que, se fosse seguir a data original, era para ter terminado na semana cinco, que é a data de primeiro de junho, que estava com 71,76 por cento, mesmo se fosse a meta antiga de 80%, eles não teriam batido. Comentou que infelizmente isso é uma realidade em todo o país, mas que não servisse como condição de comodismo para todos e a idéia era realmente buscar os não vacinados, criar estratégias alternativas de vacinação para além daquela vacinação passiva, de ficar dentro das unidades de saúde, no horário de expediente normal, esperando a população vir tomar a vacina. Precisavam entender qual o perfil da comunidade, até porque hoje tem cada vez mais mulheres que são arrimos de família e que não têm essa disponibilidade.



405
406
407
408
409

Chamou a atenção para o Núcleo centro oeste, que praticamente já bateu a meta de 90% e segue a tendência do estado, a última coluna é do Estado da Bahia, e o resto, por núcleo.



410
411
412
413
414
415
416
417
418
419

Por grupo prioritário da campanha, a faixa que se está vacinando menos é de criança, uma contradição tendo em vista que culturalmente são as crianças que estão associadas à vacina. Hoje teoricamente têm mais dificuldade para vacinar adolescentes e adultos do que criança, no entanto os pais ou responsáveis não estão levando os filhos para tomarem a vacina na campanha. Hipóteses para isso têm muitas, estão vivendo tempo de *fake news*, uma artilharia pesada em *whatsapp*, com áudios de vírus H2N3 mutante, que não existe, como vindo dos Estados Unidos e até eles conseguirem desconstruir isso é muita energia gasta nesse sentido. Além disso, com relação às baixas coberturas, além de ser uma tendência nacional, como já tinha falado das estratégias alternativas para vacinação, tinha também mais um ponto que traria depois. Pediu licença a todos para mostrar a capa do jornal Folha de São Paulo de hoje, um jornal de circulação nacional, falando que a vacinação de



420
421
422
423
424
425
426
427

bebês e crianças tem o menor alcance desde a série histórica dos últimos dezesseis anos, o que é preocupante, são bolsões suscetíveis. Quando dizia que a campanha de vacinação está com 80% de cobertura, significava que tem 20% da população que não está protegida e deixa bolsões suscetíveis, que é uma oportunidade para o vírus adentrar, emergir ou ser introduzido pela primeira vez. A velocidade com que as pessoas circulam entre os estados, municípios e países não tem como precisar onde vai ressurgir, por exemplo, um vírus de sarampo que é uma realidade, diante das pessoas que estão vindo da Venezuela pelo norte do país. Então infelizmente pode ser no território ou em qualquer um dos municípios do estado, se não mantiverem a vigilância ativa, as armas levantadas. Algumas atividades que já tinha frisado.



428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467

Apresentou os desafios, reduzir a mortalidade dos casos de síndrome respiratória aguda grave. Como fazer isso: reduzir os casos graves e a mortalidade com vacinação, ou seja, ação preventiva e com suspeita e tratamento oportuno. Essa triagem é extremamente eficaz para evitar óbitos e atingir o desfecho, a cura da doença, para isso só trabalhando em rede, não seria só a imunização, mas a assistência e a urgência e emergência. Os relatos que têm recebido são de muitos casos chegando já em estágio avançado de complicação, com a mesma história de sempre, de ter ido à unidade do bairro e na UPA, sido medicado, hidratado e rapidamente liberado, até chegar em um estado bem avançado, o que traduz em perda de oportunidade. O protocolo está recém-revisado e essa web palestra que está acontecendo agora, todos podem acessar de qualquer computador e celular, fica na memória do *Youtube*, importante também para a divulgação e os contatos da Coordenação de imunização do Estado. Pediu a colaboração de todos para se colocarem à disposição no que fosse necessário, não sendo uma tarefa fácil, a questão das coberturas vacinais é uma prioridade do Estado, têm essa tendência de declínio nacional, mas é importante todos estarem envolvidos na busca de não vacinados. Realmente tem várias doenças, a exemplo de sarampo e poliomielite, que estão 'batendo na porta' para adentrarem. Além do desafio do grupo antivacina que está muito forte e a Europa está pagando um preço caro por isso, como surto de sarampo na Itália, Romênia e Polônia, por conta desse grupo antivacina. Concluindo, disse que estava à disposição e contava com todos para alcançarem a meta da campanha de Influenza até o dia vinte e dois de junho. **Stella Souza** agradeceu a Ramon Saavedra e indagou aos membros se alguém tinha alguma pergunta e comentou que pela manhã ele já tinha feito uma explanação muito boa e achava importante que durante todo o mês, agora no inverno, tentassem fazer um acompanhamento mais de perto e passasse pela Bipartite para contar essa situação, principalmente dos casos, apesar de se fazer boletim e publicar, mas era importante trazer para a Bipartite. Falou que o próximo ponto, da APG e COSEMS, é uma proposta feita pelos dois entes, pois teriam que fazer um trabalho conjunto com relação à resolução CIT número trinta e sete, que trata da pactuação do processo de planejamento regional integrado e traz algumas questões de prazos e definição das novas regiões, mas Joana Molesini traria aqui uma apresentação e depois faria alguns comentários. **Joana Molesini** passou a apresentar o assunto e colocou que recebera uma comunicação do Ministério que a tinha feito colocar na pauta do COSEMS e nessa pauta do Estado. Disse que o Ministério, em uma resolução publicada no diário oficial de vinte e seis de março de dois mil e dezoito, na seção 01, página cento e trinta e cinco, dispõe sobre o planejamento regional integrado e a organização das macrorregiões de saúde. Chamou a atenção que estivera recentemente em uma reunião no CONASS e uma pessoa, chamada Lurdes - que diz tudo de portarias e de trabalhos no SUS - lhe chamara atenção que, para compreender melhor essa resolução, teriam que voltar a duas portarias e ela então as tinha estudado para poder fazer a apresentação. Nesse documento a CIT diz que o Estado deve informar sobre o cronograma do processo do planejamento regional integrado e a definição das macrorregiões de saúde pactuada na CIB, esse cronograma que pactuariam aqui hoje, porque fora dado um prazo até o dia vinte e seis de junho, isso queria dizer que tinham que transformar o que fosse aprovado aqui em um texto e mandarem para o Ministério. Ao ler as duas portarias e a que o Ministério editou recentemente ela tinha compreendido que eles pedem que sejam realizadas nos estados essas ações mostradas no slide, definindo qual o conceito de rede que o estado vai usar e definindo as macrorregiões de saúde. Como tinham que mandar até dia vinte e oito era óbvio que não tinham tempo de fazer discussão e tendo sido acordado por todos os estados em uma reunião no CONASS, que enviariam o PDR atual e, no processo, fariam a discussão do seu redesenho. O processo de planejamento no cronograma deveria ter essas ações - falaria de etapas depois: a análise de ação de saúde; o redesenho das macrorregiões; a modelagem da rede; e a elaboração do plano regional de saúde. Então haveria fisicamente um plano regional de saúde que deveria ser impresso e publicizado. Para isso estavam propondo o cronograma que mostrava no slide.

Cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado do Estado da Bahia

Ação	Produto	Metodologia/participantes	Prazo
Definir o conceito de Rede de Atenção à Saúde	Conceito de Rede de Atenção à Saúde definido	Oficinas internas na Sesab Oficinas Internas no Cosems Oficinas com Técnicos da Sesab e representantes do Cosems/Ba	Julho 2018
Definir Diretrizes para o Planejamento Regional Integrado	Diretrizes para subsidiar o redesenho das macrorregiões e a modelagem da Rede de Atenção à Saúde	Oficinas internas na Sesab Oficinas Internas no Cosems Oficinas com Técnicos da Sesab e representantes do Cosems/Ba	Agosto 2018
Elaborar documento para orientar o processo de planejamento	Documento normativo para todo o estado	Grupo com técnicos da Sesab e indicados do Cosems	Setembro 2018
Definir as Macrorregiões de Saúde: Redesenho das Macrorregiões de Saúde (obs: enviaremos as do PDR atual)	Novo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR)	Oficinas com Técnicos da Sesab e representantes do Cosems/Ba	Outubro 2018



468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489

Em uma tela, uma visão mais concentrada e na segunda tela, uma proposta desconcentrada. A proposta desconcentrada como consequência da proposta centralizada. Eles estavam propondo que a primeira ação fosse definir o conceito de rede de atenção à saúde que o Estado usará e o produto seria um conceito de rede definido. Estavam propondo como metodologia, a SESAB e o COSEMS fazerem reuniões internas e depois uma oficina com técnicos da SESAB e representantes do COSEMS, para fecharem o conceito. Tinham o desafio de fazer isso em julho deste ano, porque o cronograma duraria um ano, iria até julho do ano que vem. Então, para fazerem isso tinham que vencer essas etapas nesse cronograma. Estava considerando que no mês de julho fechassem isso. A segunda ação – definir as diretrizes para o planejamento regional integrado, que subsidiarão as macrorregiões e as modelagens das redes, eles teriam que fazer um esforço para dizer em que diretriz seguirão para fazer essas duas coisas. Então a mesma proposta, oficinas internas na SESAB e no COSEMS e depois uma reunião de um grupo mais restrito de SESAB e COSEMS, para fecharem. Estava propondo que ocorresse no mês de agosto. Depois tinham que elaborar o documento orientador de todo o processo e isso aconteceria para o estado inteiro, tinham que ter um documento normatizador de como se dará o processo, para isto também formariam um grupo de técnicos da SESAB indicados pelo COSEMS para escrever esse documento e a proposta é que isso acontecesse no mês de setembro, que esse documento normativo ficasse elaborado. Depois disso tinham que definir as macrorregiões de saúde e pediu para não se assustarem, que estava falando do movimento mais concentrado, mas essa mesma ação reateria no movimento desconcentrado, de definirem as regiões de saúde e o redesenho das macrorregiões. No documento do dia vinte e seis mandariam o PDR como está, fariam uma pequena arrumação, principalmente com o movimento de consórcio e municípios que pediram para sair de uma região para outra, fariam uma primeira acomodação, mas não a definitiva, a definitiva iria para outro momento também desconcentrar, isso aconteceria no mês de outubro. Para o movimento desconcentrado ficou proposto como no slide abaixo:

Cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado do Estado da Bahia

Ação	Produto	Metodologia/participantes	Prazo
Processo de Planejamento: Situação de Saúde	Necessidades de ações e serviços de saúde definidas	Oficinas com Técnicos da Sesab e Secretários municipais de saúde das macrorregiões	Novembro 2018
Processo de Planejamento: Modelagem das redes de Atenção à Saúde	Pontos de Atenção à saúde com relações horizontais definidos	Oficinas com Técnicos da Sesab e Secretários municipais de saúde das macrorregiões	Dezembro/janeiro 2018/2019
Processo de Planejamento: Programação das ações e serviços de Saúde	Pontos de Atenção à saúde com ações e serviços definidos	Oficinas com Técnicos da Sesab e Secretários municipais de saúde das macrorregiões	Fevereiro/Março 2019
Processo de Planejamento: definição de recursos financeiros	Alocação dos recursos dos três entes federados	Oficinas com Técnicos da Sesab, representantes do Fundo Estadual de Saúde, Secretários municipais e gestores dos fundos municipais de saúde das macrorregiões	Abril/Maio 2019
Formar Comitês Executivos de Governança	Comitês executivos das Macrorregiões formados	Oficinas com Técnicos da Sesab, representantes das macrorregiões de saúde e prestadores de serviços das redes de atenção à saúde macrorregional	Junho 2019
Formalização do PRI	Plano Regional de Saúde Publicado	Resolução CIB	Julho 2019



490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507

A primeira etapa seria a análise de situação de saúde, que apontará para as necessidades de ações e serviços definidos. Em situação de saúde comentou o que está acontecendo no país, pois sempre tinham feito análise da situação de saúde em dados secundários de sistemas nacionais de informação – comentou aqui que o colega tinha feito uma explanação linda de epidemiologia descritiva, com um monte de variáveis, sendo assim que trabalham análise da situação de saúde. Falou que é um movimento puxado, o COSEMS também abarcaria esse movimento, lhe parecendo – se dirigindo a Stela Souza – que também o CONASEMS com o CONASS, para que essa análise de situação de saúde se desse a partir de indicadores elaborados da atenção básica, já tendo experiências exitosas no país, no Espírito Santo e em Minas Gerais, e que essa análise de situação de saúde não fosse essa forma que o estado está fazendo, isso seria um aprendizado, porque não sabem fazer assim, trabalham com análise de situação de saúde com dados do sistema nacional de saúde. Falou que tem uma metodologia que já está desenvolvida, que os países que têm medicina socializada pela atenção primária estão utilizando e que já é uma metodologia importante. Achava interessante todos começarem a estudar esse outro movimento, por isso esse processo em novembro, fariam oficinas com técnicos da SESAB e secretários municipais para estudarem e verem qual a metodologia e fazerem análise da situação de saúde de cada macrorregião de saúde. Depois teriam a modelagem das redes, estava colocando dois meses – dezembro e janeiro – e como o produto teriam os pontos de atenção com relações horizontais definidas, estava colocando dezembro porque tem Natal e janeiro não tem orçamento aberto, com dificuldade de diária para deslocamentos, tanto para o Estado como para os municípios, dois meses muito críticos, muita gente de férias, dificuldade de

508 viajar por falta de abertura de orçamento, tanto do Estado como de municípios. Estava propondo o mês de dezembro e janeiro
509 e, em fevereiro, fariam as programações das ações de saúde, onde os produtos seriam os pontos de rede com ações e
510 serviços definidos, cada ponto de rede com definição de que ação e que serviço fariam. Estava propondo fevereiro e março,
511 dois meses, por ser um trabalho árduo, para que todas as regiões tivessem todos os seus pontos de ação, com quais as ações
512 e serviços que vão executar, então todos estavam reconhecendo o tamanho do esforço de trabalho que tinham pela frente. O
513 outro item, definição de recursos, o produto é a alocação do recurso dos três entes federados, o trabalho mais hercúleo ainda,
514 tanto que tinha sugerido aos secretários municipais que os gestores dos fundos municipais também estivessem nesse
515 processo, porque tem a questão da elaboração da LOA na câmara, o PPA e muitas situações onde às vezes o secretário não é
516 o gestor direto, porque aí é colocar o que está na LOA dentro da programação, quais os recursos municipais que vão sustentar.
517 Comentou que o Estado também terá um trabalho hercúleo, assim como o âmbito federal terá um trabalho grande nesse último
518 item e que isto é completamente novo, talvez Stela Souza, que está no grupo nacional, pudesse lhes dar mais notícias, pois a
519 portaria propõe um comitê executivo de governança, ou seja, um grupo por macrorregião, que não é na conformação de CIR,
520 para fazer a governança do plano, ou seja, governança no sentido da capacidade de sustentar o projeto e há uma sugestão de
521 que, nesse comitê, o novo exercício deles fosse comitês executivos de macrorregiões formados. E colocou como produto que
522 precisariam mandar o cronograma, mas precisaria ainda ser muito mastigado a nível nacional, até porque tem um movimento
523 por parte do CONASS para os prestadores fazerem parte desse comitê, com representação pelo menos dos grandes
524 prestadores das macrorregiões, isso sendo um debate que não tinha se esgotado no seminário do CONASS. Talvez Stela
525 Souza, que está mais no grupo nacional e tem discutido isso pudesse esclarecer sobre o que a portaria traz em relação a
526 exigência de um comitê executivo de governança. Como vai ser o comitê, como operar, até porque o Ministério aponta que vai
527 alocar recurso a partir do plano regional e serão alocados por macrorregião de saúde, esse é um cenário que eles estão
528 apontando. Esse movimento aqui seria de julho de dois mil e dezenove, então depois formalizariam, publicariam e fariam uma
529 resolução da CIB. **Stela Souza** informou que tinha participado realmente das duas reuniões antes da resolução e que a
530 resolução não traz a forma como o GT (grupo de trabalho tripartite) – do qual faz parte como diretora nacional de
531 regionalização do CONASEMS – e o que tinham definido não tinha sido bem o que saiu na resolução, pegando-os de surpresa,
532 mas CONASS, CONASEMS e Ministério assinaram essa resolução. Estava tentando desvendar o imbróglio que a legislação
533 exige, já que é uma resolução. Até colocara na última reunião do GT de gestão, dia onze de junho, em Brasília, que não é uma
534 portaria e o professor Eugênio Vilaça estava lá e ela tinha ficado muito feliz por ter assistido a uma palestra dele, que fala de
535 governança regional há um tempo e em uma palestra sua, feita na época no Congresso, em Brasília, ele falou sobre ter um
536 secretário regional e eles tinham saído de lá apavorados, mas no último dia onze ele falou que tinha tido uma experiência no
537 Paraná e tinha visto que não é bem assim, que não existe esse ente, secretário regional. Falou que a proposta da resolução é
538 de um comitê de governança regional e sabiam por quê. Uma coisa importante – e se dirigiu a Joana Molesini – que não fora
539 colocada aqui, na discussão que tinham feito ela tinha colocado bem claro que a Bahia tem macrorregiões e isso já facilita o
540 processo da resolução, mas eles têm as CIR. A orientação dada lá e pactuada entre eles tinha sido que as CIR vão continuar,
541 era bom deixar bem claro que a nota técnica está para sair, estavam discutindo, trocando e nela seriam mantidas as CIR, não
542 dava para acabar com CIR, estas continuarão discutindo, têm uma legislação própria, é espaço de pactuação e deliberação,
543 enquanto que o comitê não pactua e delibera nada, o comitê é para juntar tudo e fazer uma espécie de monitoramento. As CIR
544 vão continuar e as macrorregiões, no caso específico da Bahia, sem nenhum ajuste, e no decorrer da discussão poderia haver
545 algumas alterações, essas alterações o Ministério e a tripartite aceitam que sejam encaminhadas depois. Só estava dando
546 mais abertura, porque senão eles sairiam daqui achando que as CIR tinham acabaram e só teriam, por exemplo, a
547 macrorregião sul, mas não, tem as CIR de Ilhéus, Itabuna, Valença e Jequié. Terão todas as quatro CIR de Vitória da
548 Conquista, Feira de Santana terá todas as CIR, o que estava sendo discutindo lá não era fazer uma receita de bolo, mas uma
549 nota técnica bem simplória. Disse ainda que o Ministério trouxe um documento de doze páginas, cheia de passo a passo, mas
550 parecendo que o estado não tinha nada pronto e começaria do zero, e não era bem assim, já têm os espaços, só precisam ser
551 qualificados e não modificados. E qualificar significava: a região sul tem quatro ou tem três regiões de saúde? Será que tem
552 nove, oito ou dez macrorregiões no estado? No processo dessa avaliação, verificar se teriam as nove mesmo ou se iriam para
553 dez ou voltariam para oito, sete, cinco, não sabiam. Reconhecida estava a macrorregião, para efeito do plano de investimento
554 para regionalização integrada, estava claro na resolução e todos sabiam disso, mas seria iniciado o processo ao contrário, com
555 os planos municipais de saúde discutidos nas CIR, das CIR é que iria para a macrorregião, assim que tinha ficado estabelecido
556 lá. Outra coisa importante que precisavam definir, no caso específico da Bahia, está tendo algumas mudanças pequenas, mas
557 com o advento da policlínica tem município saindo de uma região para outra. Esse movimento seria pactuado nas CIR, quando
558 Joana Molesini falara da região, macrorregional e discussão macrorregional oficial para aprovação ainda não tem, ela não
559 existe para deliberação, teria que ser definido nas CIR e depois juntar a macrorregião toda. Informou que o professor Eugênio
560 Vilaça estaria aqui no dia vinte e seis. O Estado, que é o coordenador do processo, pois é o papel do estado, mas sem o
561 movimento de ação conjunta com o COSEMS não encaminharia, isso tinha ficado claro. A metodologia, de como fazer a
562 discussão, tinha que ser feita a quatro mãos, isso que tinha ficado definido lá e a nota orientativa traria isso. Gostaria que
563 fizesse alteração nesse processo, as nove macrorregiões teriam que concordar, porque já existem, não estão criando nada
564 novo. Tinham prazo para responder, seriam as nove que já existem, mas em todos os processos tinham solicitado, como já
565 fora feito em algumas alterações, que no texto fosse colocado sempre técnico da SESAB, oficina interna da SESAB e oficina
566 interna do COSEMS já tinha colocado. Na parte de, por exemplo, o item dois do slide – processo de planejamento e a situação
567 de saúde – oficinas com técnicos da SESAB e do COSEMS, juntos com os secretários municipais, ou seja, o COSEMS está
568 presente em todas as etapas, porque estão requalificando a equipe técnica junto, com o apoio, óbvio que teriam da própria
569 SESAB, mas queriam os técnicos da SESAB e do COSEMS juntos no processo, com os gestores municipais. Eles já estão
570 habituados a ter o papel do COSEMS presente, inclusive através das(os) apoiadoras(es). A única sugestão, como membro do
571 COSEMS, era que nessas oficinas, onde trata de técnicos da SESAB, colocassem técnicos da SESAB e do COSEMS. Quanto
572 à fala do professor e a justificativa, desde lá atrás que o Ministério traz também esse comitê de governança regional e esse
573 comitê executivo é importante, porque estavam vivendo em PPI esse movimento. Deu exemplo de irem para uma
574 macrorregião, a sul, fazerem uma sala com Jequié, Valença, etc., não juntam todos e muitas vezes – se dirigiu neste momento

575 a Marta Rejane – a CIR de Salvador toma decisões que deveriam ser comungadas com todos aqueles que usam o serviço de
576 Salvador. Itabuna faz um movimento na CIR de Itabuna, só que as regiões de Ilhéus, de Jequié usam o serviço de Itabuna e
577 ninguém tem o direito de discutir nada porque está na CIR de Itabuna. Um dos pontos positivos que via nessa questão é a
578 região como um todo poder discutir e saindo dessa região, apenas a CIB poder realmente movimentar, discutir, porque atingiria
579 a nordeste e a centro leste, ou similar. Esse comitê, que tem um ponto trazido por Joana Molesini, desse indicativo de o
580 prestador fazer parte do comitê executivo o Professor Eugênio Vilaça defende e disse que quando eles, gestores, se
581 comprometem a oferecer determinados serviços, o Secretário de Salvador oferece o serviço de determinado hospital e ele faz
582 o contrato e vai ter cobrança, mas não ouvem o gestor do hospital para este dizer que não daria para fazer isso por várias
583 coisas que ele defende. Não tinha ficado convencida, podia ser que ele convencesse seus pares e amanhã ou depois eles
584 aceitassem a presença de prestador neste comitê. Sempre tinham sido contra e estavam indo de encontro a tudo que
585 pensavam do sistema único de saúde, prestador não é gestor. Outro membro colocado no comitê, o conselho, a preocupava,
586 porque quando coloca conselho o comitê regional colocaria todos os representantes de todo o conselho da região, o que é uma
587 discussão muito ampla. Cumpririam o prazo, mandariam as nove macrorregiões que já existem e o restante tinha muito ‘pano
588 para manga’ e achava que julho de dois mil e dezenove não resolvia. **Joana Molesini** afirmou que as oficinas para o
589 planejamento regional não seriam divididas, pois eles precisavam encontrar uma metodologia para fazerem toda a
590 macrorregião junta. **Stela Souza** voltou a dizer que a CIR não acabaria e **Joana Molesini** respondeu que ela estava colocando
591 em questão o fato de que, na resolução, o processo do planejamento é macrorregional, sendo assim seria necessário ter um
592 momento para todos juntos da macrorregião, tendo em vista que ele tinha se fechado em CIR. Esclareceu que, quando
593 apresentou as oficinas com os técnicos da SESAB e o Secretário, não negara a presença do COSEMS e dos apoiadores, mas
594 quem estivesse à frente, negociando, seria acrescentado. Disse ainda que a presença dos apoiadores não estava sendo
595 negada, mas apenas que o trabalho e o papel do técnico da SESAB é de coordenador do processo, ou seja, quem levaria as
596 planilhas. **Stela Souza** manteve que deveria ter o técnico do COSEMS e não significava que seria um apoiador, mas poderia
597 ser uma equipe de técnicos do COSEMS para ir às regiões e auxiliar os municípios. **Joana Molesini** sugeriu a colocação de
598 um item para o representante do COSEMS e **Odilon Rocha** perguntou se eles pactuariam este ponto, tendo em vista que a
599 discussão está no roteiro como pactuação e disse não conseguir entender o porquê de terem tempo disponível, mas de uma
600 hora para outra ter saído e logo em seguida o assunto entrar em discussão e posteriormente o ponto ser pactuado, portanto ele
601 precisava ter muita convicção. Pontuou que a apresentação é muito complexa e esse momento não era suficiente para ele
602 conseguir entender tudo, portanto não tinha como pactuar, tendo em vista que posteriormente eles seriam cobrados por terem
603 pactuado. Alertou ser semelhante ao que ocorre quando algo é enviado para o Conselho Municipal de Saúde e no último dia
604 eles avisam que se não colocarem não recebem o dinheiro e colocou a necessidade de reavaliarem até mesmo a data, pois
605 neste momento lhe faltava capacidade de absorver tanta informação, a não ser que fosse um caso emergencial, de morte ou
606 transplante, caso contrário, ele era dissenso. **Cássio Garcia** lembrou que a Portaria 37 foi publicada no dia 26 ou 27 de março
607 e a CIB de abril tinha definido que o estado da Bahia não concorda com o prazo estipulado de três meses, portanto, as nove
608 macrorregiões de saúde baianas tinham sido mantidas. Afirmou que a portaria levanta duas necessidades, com prazo até o dia
609 26 de junho: as definições das regiões de saúde e um cronograma para as adequações. Referiu novamente que as nove
610 macrorregiões foram mantidas e não seria feito até o dia 26, pois tinha ficado acordado aguardarem a Nota Técnica do
611 Ministério da Saúde, mas até o momento não tinha saído, sendo assim eles estavam esperando alguma definição. Afirmou
612 que, por causa do prazo, não seria feito um processo de regionalização com a movimentação de novas regiões de saúde até o
613 final de 2018. Entendendo a complexidade e tudo que tinham colocado, foi levado um calendário, um cronograma, além de
614 uma proposta justamente para atender o MS e para ratificar o que já tinha sido decidido em abril, ou seja, dar um prazo e
615 elaborar uma proposta, dando tempo para discutir com todos os municípios e em todas as instâncias do SUS, sendo de fato
616 bipartite. Pontuou que Eugênio Vilaça havia colocado que precisa ter prestador no processo, mas que outra escola defende
617 completamente o contrário e outra ia pelo caminho do meio. Sendo assim, considerou que eles precisam definir o conceito de
618 rede, mesmo sabendo não ser simples, porque cada participante pertence a uma escola diferente. Afirmou que o trabalho seria
619 feito em conjunto, buscando de forma democrática e levando para a CIR, pois eles não sabiam se seria possível vencer o
620 prazo, tendo em vista o período do final do ano, os prazos, além do carnaval. Entendia que cada movimentação, quando
621 falavam em regiões de saúde, significava que um município migrar para uma determinada macrorregião gera uma discussão
622 muito intensa e eles sabiam da dificuldade. Por este motivo tinha o cronograma, respeitando ou não a portaria 37, eles estavam
623 enviando de forma oficial, mas depois teriam discussões muito mais profundas na CIB com relação ao prazo. **Sara Mota**
624 (representante do Ministério da Saúde) saudou a todos e informou ser da SEINSF (Sessão de Apoio Institucional e Articulação
625 Federativa do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde), que em 2017 havia passado por uma reestruturação e inclusive eles
626 tinham pedido pauta para a CIB, com o objetivo de apresentar a nova estrutura do Núcleo do Ministério. Esclareceu que se
627 trata de uma resolução CIT aprovada no colegiado intergestor, que estabelece o prazo de noventa dias e o mesmo findaria no
628 final de junho. Segundo ela, na reunião da CIB de abril, onde fora aprovada a prorrogação do prazo, também fora aprovada a
629 participação do Ministério da Saúde nos grupos que conduziram o estudo de planejamento, mas não tinha ficado claro se o
630 comitê executivo de governança seria o grupo que fará a condução ou apenas o monitoramento. Informou que o artigo
631 segundo da Resolução CIT traz que o processo acontecerá com a participação da União, sendo assim ela gostaria de um
632 esclarecimento para entender onde o MS participará no cronograma apresentado. **Stela Souza** esclareceu que na nota técnica
633 em formação pelo GT Tripartite fora colocado pelo próprio Ministério da Saúde que fosse feita uma reunião de alinhamento
634 com todos os núcleos e a participação dos mesmos seria definida na nota, pois é tripartite. Relatou que eles não tinham
635 esquecido, mas o próprio Ministério aprontará como será sua participação, deixando para eles esclarecerem na nota técnica
636 que tinha ficado de ser enviada e previamente acordado pelo MS no GT de Gestão. **Cássio Garcia** garantiu a participação do
637 Ministério, como tinha ficado definido na reunião bipartite de abril, mas eles estavam aguardando o instrutivo do próprio MS
638 para ver como se daria a inversão. **Marcos Sampaio** (Conselho Estadual de Saúde) disse que, ao disparar o processo, estava
639 sendo definido que será a política regional de saúde e a organização regional. Considerou que deveria constar o fato de não
640 ter sido tranquila a extinção das DARES, tendo em vista que todos sabiam como ocorreu a primeira chegada do Decreto, além
641 de toda discussão no estado da Bahia e que tinha deixado inclusive sequelas gravíssimas. Segundo ele há uma documentação

642 gerada pelos trabalhadores discutindo toda situação, sendo assim, precisava ter em algum momento o processo de
643 participação de entes como os conselhos municipais, bem como os técnicos buscarem formas de os trabalhadores
644 contribuírem, para no final sair uma política que de fato fosse consenso e funcionasse inclusive para dar respostas às
645 questões. Concluiu que a política de regionalização na Bahia precisava trazer algumas respostas, tendo em vista a
646 necessidade de saber de fato o que será discutido e inclusive a ideia em relação aos serviços era de que existem alguns em
647 excesso e outros em falta nas regiões, além do fato de que em algumas há a impossibilidade de atrair um determinado serviço
648 para lá. A partir do exposto, levantou o questionamento de como eles fariam todas aquelas discussões envolvendo os entes
649 necessários, sendo assim considerava um risco não colocar as etapas que para ele são fundamentais. **Stela Souza** se dirigiu a
650 Marcos Sampaio explicando, em relação à representação do controle social, que não tinha sido discutido, o comitê de
651 governança regional ainda seria discutido mais para frente e ninguém estava pactuando nada aqui, inclusive o mesmo só
652 existe na resolução e esta não refere quais os membros, ficando para a CIB decidir. Segundo ela a presença do Conselho é
653 extremamente importante, portanto não dava para ter um comitê regional sem a presença do mesmo. Relatou que existem
654 macrorregiões com setenta e cinco municípios e perguntou se teriam setenta e cinco representantes lá dentro, porque se fosse
655 daquela forma a reunião seria apenas de conselheiros, ou seja, inviabilizaria a discussão. Pontuou que eles ainda chamariam o
656 Conselho para acordar a participação e o Estado, como coordenador do processo, deveria estar pensando uma forma de
657 chamar outros entes, porém não em relação aos trabalhadores, pois o controle social representa o trabalhador e o usuário, não
658 sendo necessária a presença de mais ninguém. **Cássio Garcia** acrescentou que seria natural a inserção do CES no processo
659 e explicou que o Estado tinha ficado aguardando o instrutivo para levar a questão mais alinhada com a portaria, mas a mesma
660 é muito abrangente e tratou especificamente das regiões de saúde e do cronograma. Falou que eles não tinham descumprido o
661 prazo, pois Stela Souza e o Estado estão discutindo também lá, ou seja, eles tinham a tranquilidade de levar o cronograma de
662 discussão tentando contemplar todos os atores da melhor forma possível, para não abrirem demais, criando assim um fórum
663 sem governabilidade e resolutividade. Em seguida reafirmou o compromisso como conselheiro estadual de saúde de,
664 juntamente com Stela Souza, levarem a questão para o CES, garantindo a participação no tempo certo. **Stela Souza** lembrou
665 que ainda tinham os informes do glaucoma e a próxima CIB e que tinha ficado definido, para a próxima CIT do dia 26, que a
666 nota estaria pronta e seria publicizada, porém no dia 26 eles precisariam ter levado a proposta e a própria nota técnica para as
667 regiões e tem um parágrafo dizendo que poderia haver mudanças, pois ninguém tinha feito ainda um estudo dizendo se as
668 nove regiões, no caso da Bahia, existem mesmo. Levantou a questão do que seria solicitado em relação às redes, porque toda
669 organização seria em torno da rede que já existe, começando da atenção básica, como Joana Molesini colocara, e eles teriam
670 que reaprender, iniciando com os dados pela atenção básica. Ela entendia que eles teriam que definir apenas as nove
671 prováveis regiões que já existem, a nota trouxera que não dissolveria as CIR e por aquele motivo ela estava repetindo que a
672 CIR não acabaria, tendo em vista que a mesma consta em decreto presidencial e apenas o Presidente da República poderia
673 acabar, sendo assim, até então a CIR é o espaço de deliberação e pactuação. Concluiu que o comitê não deliberaria e sim
674 monitoraria e acompanharia e precisava ficar claro, ela estava ajudando a escrever a nota e na mesma a questão tinha sido
675 reforçada. **Joana Molesini** esclareceu que tinha apresentado um cronograma de trabalho, ou seja, nada estava definido e eles
676 ainda iriam conversar. Em relação à parte para elaborar documento orientador do processo, eles poderiam escrever, tendo em
677 vista a fala de Stela Souza de que não seria possível entrar em um trabalho por metodologia com mais de trinta pessoas, não
678 seria possível fechar a mesma. Colocou a necessidade de convocar o planejamento ascendente, pois quando o secretário
679 sentasse na oficina, o mesmo já teria discutido com o CMS para ir lá, segundo a regra, não sendo possível que os conselheiros
680 estivessem no processo e sim o secretário municipal discutisse com o seu conselho, para já ter absorvido a proposta. Outra
681 questão levantada por ela, em relação aos trabalhadores, esclareceu que ao relacionar técnicos da SESAB já incluía os
682 mesmos. **Marta Rejane Batista** lembrou que eles tinham colocado no cronograma o processo de planejamento e modelagem
683 das redes para dezembro e janeiro, e geralmente o exercício financeiro só é possível até quinze de dezembro e só reabriria
684 quarenta e cinco dias depois. Avaliou que, dos dois meses, eles só teriam quinze dias para fazer todas as oficinas, portanto era
685 inviável. Sendo assim ela sugeriu que eles acrescentassem fevereiro e pulassem para frente os meses subsequentes, ou seja,
686 ao invés de ficarem dois meses, seriam dezembro, janeiro e fevereiro, tendo em vista os mais de quarenta dias 'mortos' entre
687 dezembro e janeiro, e ganhando assim fevereiro para terminar. **Joana Molesini** explicou que eles teriam que enviar o
688 planejamento financeiro, o PPA do Estado fecharia em agosto, portanto eles teriam que correr para que no máximo em agosto
689 estivesse pronto, porque os municípios têm até trinta de agosto para enviar. **Stela Souza** sugeriu que o nomeassem como
690 'cronograma proposto', porque o mesmo poderia ser passível de alteração e perguntou se poderia constar daquela forma em
691 resolução. **Odilon Rocha** alertou para o fato de os atores envolvidos no cronograma terem se sentindo excluídos e gostariam
692 de estar inseridos no processo, como a União, por exemplo. Relatou ter conversado com Cristiane Macedo sobre discutirem a
693 PPI e citarem a oficina de repactuação, e ela respondera que seria apenas aquilo. Pontuou em seguida a necessidade de ficar
694 estabelecida a aprovação do cronograma, mas o mesmo só apresenta data, porém tinha outras coisas que precisavam ser
695 modificadas para não ficar o entendimento anterior equivocado. Segundo ele o que está escrito ali tinha virado constituição,
696 mesmo não sendo, e poderia ser modificado com o incremento de novos atores. Relatou ser muito difícil ele sair convicto por
697 ter feito o que era certo e ser delegado pelos outros apenas por ter assistido à apresentação realizada, com uma quantidade
698 grande de conhecimentos, em apenas quinze minutos e que o tinha deixado com dor de cabeça. Concluiu que se eles estavam
699 discutindo apenas o tempo que o processo seria realizado, tudo bem, mas era preciso discutir também os atores e tudo que
700 fosse possível ser feito, como alguma modificação, caso necessária. **Stela Souza** disse ter havido três questionamentos por
701 parte do COSEMS, do Ministério da Saúde e do CES, que a nota técnica não tinha saído, eles sabiam que o coordenador do
702 processo é o Estado, porque consta na resolução, portanto ela encaminhava por manterem a ação, tendo em vista que a
703 mesma teria que acontecer, também o produto e os prazos, e removendo a metodologia e os participantes. Se dirigindo a
704 Joana Molesini, disse que a nota técnica teria as orientações e ela poderia trabalhar com as oficinas internas sem dizer quem,
705 podendo atender ao que Odilon Rocha colocara. Pontuou que a nota sairia até a CIT do dia 26 de junho e tinha ficado
706 pactuado no GT de Gestão Tripartite e que pediria para acrescentar a orientação para eles não precisarem encerrar um
707 processo, tendo prazo para cumprir, por causa de uma questão que é justa. **Cássio Garcia** observou que na coluna
708 'metodologia/participantes' eles deveriam remover os participantes porque e, quanto à metodologia, fazerem as oficinas bem

709 como reunirem em CIR, sem fugir da questão. Em relação aos participantes havia dúvida quanto à participação do controle
710 social, pois não tinha saído nenhum instrutivo e o próprio Ministério não dissera como participaria, embora estivesse
711 reivindicando participação. Quanto ao COSEMS, estava mais claro, pois eles já vinham discutindo a questão, além de estarem
712 conversando com o CONASS e o CONASEMS sobre o ponto. Sendo assim poderiam manter as datas, porque ninguém
713 conseguiria fazer em um prazo menor que aquele. Quanto à metodologia, esperariam o instrutivo do MS e em seguida fariam
714 na próxima reunião da CIB a observação necessária, com a retificação de acordo com nota que o Ministério publicasse no
715 próximo dia 26. Encaminhou para eles atenderem à Portaria 37, considerando tudo que havia sido colocado na reunião, vindo
716 de outras visões, e a partir dali fariam os ajustes necessários, colocando os participantes. Todos **aprovaram, por**
717 **unanimidade. Alexandre Costa** (Diretor de Regulação de Vitória da Conquista) fez o comentário que o Decreto 7.508 de 2011
718 instituiu as regiões de saúde e definiu, no artigo quarto, que o Estado é o responsável pelo planejamento regional e na
719 sequência, em 2012, teve a definição das regiões de saúde. Avaliou que se eles já tinham feito aquelas etapas iniciais e já
720 tinham o conceito consolidado, inclusive consta na resolução da CIB o conceito de região de saúde. Analisou que, ao definirem
721 as vinte e oito regiões de saúde, eles já tinham dado uma modelagem, tendo em vista que ele não poderia dizer que é uma
722 região de saúde se não tivessem os critérios definidos. Assim, caracterizava um retrabalho e casava um pouco com manter o
723 poder da CIR. Em seguida sugeriu fazerem as atualizações realizadas ao longo dos anos em relação às regiões, apesar de
724 terem construído uma etapa importante que poderia ser consolidada em um tempo ganho no final da história e que era mais
725 importante. Pontuou ser preciso muito tempo no momento das definições das ações e das pactuações no âmbito, além de
726 alocação de recurso. Sendo assim, eles precisariam de mais tempo ainda, pois tinham perdido muito tempo nos primeiros
727 meses. Afirmou que há uma questão de retórica e o conceito é muito importante na Bahia, além de ser valorizado em outros
728 lugares, em termos de programação de região de saúde e que alguns trabalhos são publicados com base na regionalização de
729 saúde e nos conceitos adotados pela Bahia. **Stela Souza** concordou em parte com Alexandre Nascimento, mas relatou ter
730 notado, principalmente em relação à resolução e nas discussões feitas na Tripartite, que depois do advento das redes de
731 atenção à saúde com áreas temáticas como a rede cegonha, de atenção à pessoa com deficiência e outras, principalmente de
732 2011 até 2018, haviam recebido investimento nas regiões tendo havido uma modificação, mas algumas regiões continuam com
733 vazio assistencial. O redesenho traria o que a região precisa, porém não estava sendo desenhado de forma a entender qual o
734 investimento em determinada região, só tinha aquilo picotado. Outra questão importante que talvez fosse a responsável por
735 chegar até aquela decisão, o fato das emendas impositivas, levando equipamentos e serviços para regiões já abastecidas, ou
736 seja, deixando de levar algo que a região de fato precisa. Afirmou que não se tratava apenas de definir região, mas entender a
737 suficiência de cada uma, ou seja, o que a mesma precisa para ser suficiente, possibilitando, no final do processo, ter um retrato
738 real. Perguntou aos gestores quem já tinha passado pela situação de um deputado dar uma emenda para determinada coisa, o
739 prefeito 'colar no pé deles' para ser aquilo e mesmo eles dizendo que não podia, não precisava, não ter sido possível
740 convencer, pois ela mesma já tinha passado por isso. Relatou que, com um planejamento do que de fato o município deveria
741 ter, talvez fosse possível ter um convencimento, mesmo com dificuldade e ressaltou que o trabalho deles do PDR tinha sido
742 muito bem feito em 2007, tanto que as regiões tinham se mantido até a atualidade, mesmo algumas estando enfraquecidas.
743 Após todos **os membros da CIB terem aprovado**, ela repetia o encaminhamento de que seriam retirados do cronograma a
744 metodologia e os participantes, toda a coluna dos atores. Afirmou em seguida que eles vinham acompanhando com o Estado
745 os dois meses de atraso do repasse do PSF e do SAMU e sinalizou também que até quinta-feira desta semana a SESAB
746 pagaria uma parcela de PSF e do SAMU, e em julho atualizaria o PSF, sendo que em agosto atualizaria o SAMU, ou seja,
747 pagaria até a parcela do mês anterior. Explicou novamente que eles estão com dois meses de atraso, quinta-feira seria pago
748 um, em julho pagaria um atrasado e mais o de junho, e em agosto pagaria o anterior de SAMU, pagando até a parcela do mês
749 anterior. Antes de falar de PPI e para segurar todo mundo, pois o assunto era de interesse dos gestores, ela informou que o
750 COSEMS participou da Tripartite, tendo sido transmitido ao vivo e inclusive os apoiadores sempre estão informando aos
751 secretários. Ressaltou a importância de acompanharem porque todos poderiam ficar por dentro do que está sendo discutido e
752 relatou que na reunião de diretoria do CONASEMS do mês de maio ela havia levado novamente a questão do glaucoma,
753 porque é um problema de cinco estados do nordeste e a Bahia é um deles e teve um corte absurdo no recurso. Sinalizou ter
754 sido informada na reunião que para Alagoas tinha sido passado recurso integral, mas ela não tinha certeza do fato e solicitou
755 para Odilon Rocha investigar, pois ele é o coordenador de economia da saúde e faz os levantamentos. Informou a publicação
756 de uma portaria em 2018, com a Bahia, Sergipe, Paraíba e Rio Grande do Norte, sendo que a Bahia tinha sido o estado que
757 mais perdeu, saindo de cinquenta e nove milhões, na produção de 2016 e 2017, para vinte e dois milhões daquele período,
758 sem contar os novos pacientes, representando um tombo muito grande para o estado. Lembrou que na época em que tinha
759 sido feita a redução o parâmetro fora para um e meio e o Ministério da Saúde publicou uma portaria em 2018 com um
760 parâmetro de dois a três. Avaliou que o MS colocou para a Bahia recurso de um e meio, em seguida publicou uma portaria com
761 parâmetro de dois a três para pacientes acima de quarenta anos, sem contar com a raça, mesmo os especialistas do Ministério
762 da Saúde dizendo que não influencia em nada. Segundo ela o Presidente levou para a Tripartite o fato de a portaria ter
763 colocado de dois a três, sendo assim a Bahia ficaria com três e, se eles aceitassem, o Estado autorizaria o Ministério a passar
764 dezesseis milhões de reais a mais proporcionalmente aos municípios. Acrescentou que na última CIT, quando a questão foi
765 passada, o Ministro garantiu com o Superintendente de Atenção à Saúde, Francisco Figueiredo, que o grupo discutiria e em
766 seguida aprovaria, mas eles não tinham se reunido, mesmo com ela tendo cobrado incessantemente. Na semana anterior, no
767 dia 11, ela cobrara do presidente do CONASEMS e o mesmo conversou com o Ministro pessoalmente e a resposta sendo que
768 no dia 26 dariam um resultado, acatando a solicitação de 3%. Ela considerava uma vitória, pois eles estão sofrendo muito com
769 os pacientes e sugeriu que a CIB fizesse um documento para o MS baseando-se na portaria, pedindo para reforçar o pedido
770 feito pelo CONASEMS e colocando o índice de 3% no intuito de 'forçar ainda mais a barra' e tendo em vista que ele poderia
771 chegar à CIT e dizer que não faria. E questionou se seria melhor ofício ou resolução, pois eles já tinham feito anteriormente
772 duas resoluções mandando cancelar, mas não tinha sido sobre os 3% de índice. Colocou em votação e todos **concordaram.**
773 **Cássio Garcia** acrescentou que, sobre o índice de três, de fato deveria ser resolução mesmo, pois eles haviam brigado muito
774 em Brasília sobre o ocorrido e entendendo até a questão da incidência ser maior em negros, podendo também ser
775 acrescentada e tendo em vista que a questão é relevante. **Odilon Rocha** alertou que, apesar dos 3% e do recurso recebido,

776 eles precisavam fazer uma checagem do que já tem, pois os 3% são para quem já está e as pessoas novas estão ficando
777 cegas, ou seja, mesmo com os 3%, não representava o recurso que tinham antes. Lembrou que existem mais de vinte serviços
778 pedindo credenciamento ou autorização no Ministério, mas não tinha saído por causa disso, portanto era necessário alterar a
779 grade dos prestadores de saúde, através de uma avaliação, caso eles recebessem o recurso. **Stela Souza** sinalizou que
780 pegaria a população IBGE acima de quarenta anos e seria calculado um índice do parâmetro de 3%, considerando hoje.
781 **Cássio Garcia** afirmou que todos haviam **aprovado** e sinalizou que a resolução seria feita em conjunto, tendo em vista que
782 envolve várias áreas e precisava ser feita de forma rápida, mas contundente, para ser enviada de forma segura ao Ministério
783 da Saúde, de preferência bem antes da Tripartite, caso contrário não teria sentido. Quanto à reunião de fechamento da PPI,
784 informou que seria no dia 19 de julho, das oito horas da manhã até finalizar, ou seja, o dia todo, no Hotel Sol Bahia, em
785 Patamares. **Stela Souza** acrescentou que a SESAB e o COSEMS tinham conversado e decidido chamar o GT PPI para discutir
786 e mostrar o que a área técnica já tinha feito, mas tinham concluído que seria melhor mostrar para todos os gestores e lá
787 pactuarem, resolverem e decidirem. E explicou que na reunião os membros votariam, mas toda a plenária poderia opinar,
788 portanto era importante a presença de todos os secretários, tendo em vista que seria apresentado o estudo todo, por região e
789 por município. Finalizou dizendo que a reunião da CIB de 19 de julho teria a PPI como pauta única, com o objetivo de saírem
790 de lá com a decisão do que de fato eles querem em relação à Programação Pactuada Integrada. Desejou bom São João para
791 todos e encerrou a reunião. Em seguida, a **Coordenadora Adjunta** agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a
792 sessão, informando a próxima reunião para o dia 19 de julho de 2018, o dia todo para discussão da PPI. Não havendo mais o
793 que tratar, após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo
794 núcleo administrativo, (Andressa Braga, Michele Martins, Naiara Brandão e Silvana Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles,
795 Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos senhores Membros, após lida e aprovada.
796 Salvador, 19 de junho de 2018.
797 Stela dos Santos Souza _____
798 Ivonildo Dourado Bastos _____
799 Cássio André Garcia _____
800 Suplente: Alcina Romero Boulosa _____
801 Ana Paula Dias de Santana Andrade _____
802 Rívia Mary de Barros _____
803 Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho _____
804 Luciano Ferreira da Mota _____
805 Odilon Cunha Rocha _____